

La pleurésie aiguë séro-fibrineuse à signes pseudo-cavitaires chez l'adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BAUMELOU

Élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né à LYON (Rhône), le 7 Février 1904



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

LA PLEURÉSIE AIGÜE SÉRO-FIBRINEUSE
A SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES CHEZ L'ADULTE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La pleurésie aiguë séro-fibrineuse
à signes pseudo-cavitaires
chez l'adulte

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 1^{er} Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Jean BAUMELOU

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Externe des Hôpitaux de Lyon

Diplômé d'Hygiène et de Microbiologie

Né à LYON (Rhône), le 7 Février 1904



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. H. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
	TIXIER
	BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	X.
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	MOURIQUAND
Clinique des maladies des femmes	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique et médicale	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	BRETIN
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	CADE
Anatomie pathologique	PAVIOT
Chirurgie opératoire	PATEL
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE-MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	X.
Pharmacie,	JEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.
GARIN	CORDIER (V.)	SANTY
TRILLAT	ROUBIER	DUNET
SARVONAT	FAVRE	CHALIER (André)
FLORENCE (G.)	BONNET	CHALIER (Joseph)
ROCHAIX	RHENTER	NOEL
	MAZEL	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. CADE, président; COLLET, assesseur

CORDIER et ROUBIER agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

Puissent-ils trouver dans ces lignes
le témoignage de ma vive affection et
de mon infinie reconnaissance.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE,
*Professeur à la Faculté de Médecine de Lyon,
Médecin des Hôpitaux.*

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUBIER,
Médecin des Hôpitaux.

Il a été notre Maître. Il nous a inspiré le sujet de ce travail que nous avons accompli selon ses conseils.

Nous le remercions ici de son enseignement et le prions de croire à notre respectueuse reconnaissance.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE LYON

Externat :

MM. LES DOCTEURS LAROYENNE,
REBATTU,
ROUBIER,
BERIEL.

A MES MAÎTRES
DE L'ÉCOLE DE SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

LA PLEURÉSIE AIGUË SÉRO-FIBRINEUSE A SIGNES PSEUDO-CAVITAIRES CHEZ L'ADULTE

INTRODUCTION

Le 18 décembre 1925, entrant dans le service du Docteur Roubier, une jeune fille de 25 ans, qui présentait, outre les signes d'un épanchement pleural gauche d'abondance moyenne, un ensemble de symptômes physiques perçus à l'auscultation de la région sous-claviculaire du même côté, ayant fait penser à l'existence d'une caverne pulmonaire.

Lorsque l'épanchement diminua, on eut la surprise de constater que les signes cavitaires disparurent aussi. L'erreur de diagnostic avait été complète : il s'agissait de signes pseudo-cavitaires au cours d'un épanchement pleural. Un mois après, exactement, le 23 janvier 1926, la malade quittait le service, complètement guérie.

L'existence de signes pseudo-cavitaires au cours de la pleurésie est admise depuis longtemps. Le plus souvent, dans les cas signalés, ces signes sont perçus en arrière, dans la région du hile. Chez notre malade, c'est en avant, sous la clavicule, qu'ils furent perçus, d'une façon transitoire, et leur constatation fit por-

ter à tort chez elle un pronostic sombre. Leur évolution d'abord, l'examen radioscopique ensuite, permirent de se rendre compte de l'erreur commise.

Ces signes pseudo-cavitaires sont importants à connaître de par les erreurs de pronostic auxquelles ils exposent, et M. le Professeur Agrégé Roubier nous a conseillé de faire de cette étude des signes pseudo-cavitaires au cours de la pleurésie séro-fibrineuse, étude à peine ébauchée dans beaucoup de traités de Médecine, le sujet de notre thèse.

Notre chapitre premier sera réservé à quelques considérations générales sur les signes pseudo-cavitaires et leurs conditions de production. Dans le chapitre II, nous étudierons ces mêmes signes au cours des épanchements pleuraux; puis, après avoir relaté nos observations, nous ferons dans un chapitre suivant l'étude symptomatique et diagnostique des pleurésies aiguës à signes pseudo-cavitaires; nous étudierons ensuite leur pathogénie et, dans un nouveau et dernier chapitre, nous traiterons de leur pronostic et de leur traitement.

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur les signes pseudo-cavitaires et leur mode de production

C'est à Laënnec que revient le mérite d'avoir, le premier, donné une bonne description des signes cavitaires : ceux-ci sont essentiellement constitués par la respiration caverneuse, le râle caverneux et la pectoriloquie. Plus tard, de nombreux auteurs classiques reprirent cette description et y ajoutèrent : successivement la matité, la douleur à la pression, l'exagération des vibrations, le bruit de pôt félé vinrent compléter cette symptomatologie. Il n'en reste pas moins qu'une excavation pulmonaire ne peut être affirmée sans la réunion des trois grands signes décrits par Laënnec, signes que Jaccoud a groupés sous le nom de « triade cavitaire ».

Étudions-les rapidement.

Le souffle caverneux est un souffle de tonalité basse, très grave, d'intensité forte. Il donne à l'oreille la

sensation que l'air pénètre dans une cavité et il est classique depuis Barth et Roger, de le comparer au bruit que l'on fait en inspirant et expirant avec force dans les deux mains disposées en cavité. Pour qu'il se produise il est nécessaire qu'il y ait dans le poumon une cavité rigide, à parois vibrantes, dans laquelle le bruit laryngo-trachéal se condense et s'amplifie et que cette cavité communique largement avec les bronches. Aussi ce souffle peut-il manquer si la caverne est petite ou profondément située ou si elle s'ouvre dans une bronche comblée de muco-pus.

Ce souffle s'accompagne généralement de bruits surajoutés, perceptibles soit spontanément, soit à l'occasion de la toux, ce sont les râles caverneux : gros râles humides de timbre hydro-aérique, rappelant le barbotement des gaz dans un liquide. Très volumineux, ils semblent éclater sous l'oreille sous forme de grosses bulles isolées, qui se succèdent lentement : il est rare que l'on en compte plus de deux ou trois à l'inspiration et autant à l'expiration. Laënnec les a définis ainsi : « Le râle muqueux ,ou gargouillement, est celui que produit le passage de l'air à travers des crachats accumulés dans la trachée ou les bronches, ou à travers la matière tuberculeuse ramollie, dans une cavité ulcéreuse du poumon. C'est le râle des mourants et je n'en peux donner une idée plus exacte... C'est l'image des bulles analogues à celles produites en soufflant avec un chalumeau dans de l'eau de savon. » S'il a lieu dans des excavations produites par des tubercules ramollis : « Le râle muqueux prend un caractère particulier que je désignerai sous

le nom de caverneux; il est plus abondant, plus gros et se fait dans un espace circonscrit où la toux et la respiration caverneuses ainsi que la pectoriloquie se font ordinairement entendre aussi. »

Le troisième grand signe est la pectoriloquie : on désigne ainsi une résonance vocale exagérée, avec articulation nette des mots. A l'auscultation, la voix paraît prendre naissance dans la poitrine même du malade. Cette pectoriloquie a été longtemps discutée comme signe de caverne, les uns l'acceptant comme signe de premier ordre, les autres ne lui accordant aucune valeur absolue. Hirtz prétend qu'il n'est pas pathognomonique: Paillard et Robert ont écrit qu'il ne s'entendait que dans les cas de cavernes, grandes, superficielles, à parois lisses et denses. Sabourin pense plutôt qu'il est en rapport avec la congestion ou la condensation du parenchyme pulmonaire environnant.

A côté des signes précédemment décrits, en existent d'autres moins importants, mais dont la constatation est tout de même classique. Ils sont empruntés à la percussion et à l'auscultation.

Il est classique de dire que la percussion d'une caverne donne une zone de matité : celle-ci est due aux lésions de réaction inflammatoire péri-cavitaire. Elle manquera si la spélonque a un siège profond, ou si elle est recouverte par une lame pulmonaire saine. Dans certains cas, elle peut être remplacée par un son tympanique; enfin, très souvent, la percussion fournit un son normal.

La percussion donne encore un signe déjà décrit

par Laënnec, le bruit de pôt fêlé : on peut le définir un son tympanique avec résonnance de vase métallique et fendu. Il s'obtient surtout dans la région sous-claviculaire, et pour le produire, il faut une percussion forte et brusque, le thorax étant arrêté en expiration et le malade tenant la bouche ouverte. Sa constatation est caractéristique d'une cavité assez vaste, communiquant avec les bronches par un orifice étroit, par conséquent d'une cavité évolutive : c'est « le bruit de moribond » des auteurs anglais. Eichorst le définit « un bruit de sténose », et il semble dû, en effet, à l'expulsion d'une petite masse d'air, à travers un orifice rétréci, au moment même du choc de la percussion qui, par transmission directe, provoque une augmentation de la pression intra-caverneuse (Paviot).

Enfin la toux du cavitaire a aussi un timbre particulier ; à la voix caverneuse correspond la toux caverneuse : l'oreille qui ausculte perçoit une sensation de déchirement pénible ou même douloureux. Faisans, attache à cette sensation une grosse importance diagnostique.

Tels sont les signes habituels qui permettent en clinique de conclure à l'existence d'une cavité intrapulmonaire. Ces signes font cependant parfois défaut. De Cerenville et Sabourin l'avaient déjà signalé; Burnand et Carrard, sur 121 cas avec signes radiologiques, ont rencontré 65 fois des cavernes absolument muettes. Récemment, M. le Professeur Roubier, dans les thèses de ses élèves Coitoux et Delieux, signale des cas analogues et explique le mutisme des

cavernes par l'obstruction des canalisations bronchiques : de vastes cavités intra-pulmonaires absolument closes ou ne communiquant que très imparfaitement avec le système bronchique peuvent être absolument silencieuses.

A l'inverse de ces cavernes sans signes, il existe des signes cavitaires sans cavernes. On les désigne du nom de signes pseudo-cavitaires. Cliniquement, il est difficile de faire leur différenciation et nous pouvons les trouver soit groupés, (ils donneront alors tout à fait l'illusion d'une véritable excavation pulmonaire), soit isolés (et cela pourra être un moyen précieux pour leur diagnostic). Le plus souvent on trouvera le souffle, les râles gargouillés, la pectoriloquie et le retentissement de la toux ; plus rarement le bruit de pôt fêlé lui-même pourra être simulé. En somme, ces signes pseudo-cavitaires font croire cliniquement à l'existence d'une caverne qui n'existe pas anatomiquement. On conçoit donc leur importance dans la pratique journalière et le rôle qu'ils peuvent jouer dans la discussion d'un diagnostic et d'un pronostic. C'est que de plus ils peuvent s'observer dans des affections pleuro-pulmonaire nombreuses et différentes.

I. — Signes pseudo-cavitaires dans la pneumonie.

Nous éliminons d'emblée les signes cavitaires qui apparaissent parfois au huitième jour, alors que la maladie évolue vers l'hépatisation grise : dans ce cas, il y a, en effet, formation d'une ulcération de type caverneux au niveau du foyer envahi. Nous ne

nous occuperons que du syndrome pseudo-cavitaire qui apparaît lors de l'évolution normale d'une pneumonie : il est rare mais a été signalé : il appartient à la période de résolution, alors que l'exsudat entre en voie de liquéfaction. Le souffle tubaire prend un timbre caverneux, de même les râles de liquéfaction; enfin la bronchophonie elle-même peut simuler la pectoriloquie.

Faisans expliquer ces phénomènes par la compression des grosses bronches par l'hépatisation, qu'il s'agisse d'un foyer proche du hile, ou d'une pneumonie très étendue en surface et en profondeur. Cette compression aboutirait alors à la formation d'ectasies bronchiques plus ou moins volumineuses, mais suffisantes pour agir comme des cavités morbides.

C'est surtout chez l'enfant que l'on observe cette symptomatologie trompeuse, mais aussi chez l'adulte : c'est ce qui explique que dans le service du Docteur Roubier on a pu observer un certain nombre de malades adressés avec le diagnostic de tuberculose et qui étaient atteints de pneumonie du sommet à résolution traînante; le souffle et les râles avaient simulé une caverne.

Cette erreur est encore plus facile si la pneumonie a comme facteur étiologique la grippe. Le début alors est lent et torpide, sans frisson solennel ; le point de côté est peu caractéristique, mais les signes pseudo-cavitaires sont plus précoces et plus durables. Siégeant le plus souvent au sommet, ils accompagneront alors une convalescence longue, chez un malade amaigri et asthénique ayant des sueurs, avec un état

fébrile prolongé. C'est tout à fait le masque d'une tuberculose en période d'évolution. M. le Professeur Teissier, dans son *Traité de la Grippe* et dans la thèse de son élève Egger, a signalé des faits de ce genre.

A l'heure actuelle, le simple examen radioscopique et l'analyse des crachats éviteront toute méprise. Mais déjà l'observation prolongée du malade constitue un bon critérium : d'une part, elle met en relief la discordance existant entre la gravité des signes physiques et celle de l'état général, et d'autre part, elle permet d'assister à la disparition en quelques jours de ces signes alarmants.

II. — Signes pseudo-cavitaires dans la tuberculose.

C'est surtout dans la tuberculose pulmonaire qu'on rencontre le plus souvent ces signes pseudo-cavitaires, sans qu'il soit toujours possible d'expliquer ces bizarreries de l'auscultation. D'ordinaire l'examen radiologique et anatomique sur le cadavre, nous font voir des lésions plus étendues que l'auscultation n'aurait permis de le soupçonner. Il est des cas où se produit l'erreur inverse : cette illusion peut tenir tout d'abord aux phénomènes de transmission pathologique. Cette transmission peut se faire :

a) à distance de la lésion mais du même côté : c'est la transmission homolatérale ;

b) du côté opposé à la lésion : c'est la transmission contro-latérale.

a) *Transmission homolatérale.* — Souvent des signes d'auscultation sont perçus au sommet alors que la cavité occupe par exemple la partie moyenne ou la base.

Plus intéressant pour nous est le cas d'ailleurs très fréquent d'une cavité isolée qui donne des signes disposés en deux foyers distincts : l'un à hauteur de l'épine de l'omoplate et l'autre tout près de la base. Le simple examen stéthoscopique fait conclure à l'existence d'une double lésion. Il s'agit donc bien là de signes pseudo-cavitaires.

Quant à l'explication de ces phénomènes d'acoustique, elle est inconnue, vu la rareté des cas bien démonstratifs et la difficulté qu'il y a à les étudier.

b) *Transmission contro-latérale.* — Celle-ci est déjà connue depuis longtemps. C'est Turban qui, en 1899 l'a signalée le premier au cours de la tuberculose. Ainsi qu'on peut s'en douter, il s'agit de bruits soufflants ou de râles qui, existant du côté malade, sont transmis au côté sain d'une façon plus ou moins parfaite. Duval-Arnould, dans sa thèse, en rapporte quelques observations.

Pour expliquer de pareils phénomènes, il faut admettre l'existence de masses solides, unissant les deux poumons et capables de transmettre les vibrations sonores : un amas de ganglions trachéo-bronchiques par exemple. Pour Turban il suffit que la lésion soit en contact avec les côtes et les corps vertébraux : cet ensemble osseux serait suffisant pour collecter et guider les vibrations sonores.

A côté de ces bruits transmis on peut rencontrer, au cours d'une tuberculose pulmonaire chronique, de véritables signes pseudo-cavitaires sans aucune excavation nulle part. Le fait serait assez fréquent chez l'enfant, et Grancher et Comby dans leur *Traité des Maladies de l'Enfance*, en rapportent de nombreux exemples. Il se rencontre aussi chez l'adulte et Sabourin a signalé l'apparition de bruits pseudo-caverneux chez des tuberculeux banaux à l'occasion d'un processus congestif ou inflammatoire : coup de soleil, surmenage, infection grippale...

Ce qu'il y a de plus curieux, c'est le rapport étroit existant entre l'état congestif et l'apparition de ces signes caverneux : c'est ainsi que dans le surmenage, le tuberculeux menant une vie trop active, l'état congestif devient permanent et les signes caverneux de même. Il suffit alors pour les voir disparaître rapidement de prescrire au malade une simple cure hygiénique.

DANS LA PNEUMONIE TUBERCULEUSE.— Les traités classiques ne mentionnent la présence de souffle caverneux et de râles humides que lorsque celle-ci se transforme en phtisie galopante. Mais il s'agit alors de signes de ramollissement, de véritables signes cavitaires. Cependant, au cours de la pneumonie tuberculeuse classique, certains auteurs décrivent un retentissement du bruit trachéal à travers le lobe hépatisé. Mais, ajoutent-ils, l'absence de râles humides fera éloigner l'hypothèse d'une caverne. En réalité, le bloc pneumonique joue le rôle d'appareil de résonance : le bruit trachéo-bronchique arrive à l'oreille

avec un timbre caverneux, le moindre râle se produisant dans la profondeur est amplifié et transformé en râle cavitaires ; si la moindre désagrégation de tissu se produit, le craquement qui en résulte devient un râle caverneux ; la moindre élimination nécrotique devient caverne véritable.

Parmi les multiples observations du service du Docteur Roubier, nous avons pu en relever une absolument typique à ce sujet, et dont nous reproduisons ici les passages essentiels :

OBSERVATION N° 645

Malade âgée de 50 ans. Entrée le 10 septembre 1924.

L'interrogatoire semble montrer qu'il s'agit d'une tuberculose pulmonaire évoluant depuis un an environ.

L'examen de l'appareil pulmonaire montre à droite des signes cavitaires indiscutables siégeant au sommet : matité, souffle caverneux et gargouillements après la toux. A gauche : quelques râles disséminés.

18 *septembre* : A la radioscopie : image de lobite supérieure droite à contour inférieur rectiligne. Poumon opposé clair.

30 *septembre* : Décès par cachexie.

2 *octobre* : Autopsie. Poumon droit : le lobe supérieur dans sa totalité, sauf l'extrême sommet, est transformé en un bloc dense qui, à la coupe, a l'aspect de la pneumonie caséeuse (fromage de Roquefort), sans aucune excavation nulle part. Dans le lobe inférieur, plusieurs noyaux caséeux sans aucune caverne.

Il s'agissait donc d'une pneumonie caséeuse massive lobaire droite, sans cavernes, avec intégrité quasi complète du poumon gauche, et il existait cependant

des signes cavitaires à droite. Cette dernière observation est particulièrement démonstrative.

Signalons enfin que dans certaines cortico-pleurites tuberculeuses, on peut entendre des râles fins, superficiels et confluent, rappelant tout à fait le gargouillement et associés souvent à une respiration soufflante : ils peuvent simuler une caverne superficielle, l'erreur n'est pas en pareil cas de longue durée ; un examen plus complet du malade et la radioscopie permettent de la redresser.

III. — Signes pseudo-cavitaires dans l'adénopathie trachéo-bronchique.

Cette dernière affection a pour effet de modifier les sons nés de l'arbre respiratoire, et elle crée souvent des signes pseudo-cavitaires. Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt en ont rapporté de nombreux exemples. La masse ganglionnaire agit de deux façons :

a) Soit en comprimant la trachée et les bronches, ce qui aura pour résultat la création de bruits anormaux et la diminution du murmure vésiculaire dans le territoire pulmonaire correspondant.

b) Soit plutôt en s'interposant comme corps bon conducteur entre les canaux aériens et l'oreille qui ausculte. Dans ce cas, les masses ganglionnaires constituent un corps solide, bon conducteur du son, entrant facilement en vibration. Elles transmettent à l'oreille tous les bruits qui naissent dans les conduits aériens et ces bruits semblant exagérés à l'ausculta-

tion, peuvent simuler des lésions tuberculeuses avancées.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces faits bien classiques.

IV. — Syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale.

Dans ces cas, la trachée, déviée par un processus quelconque, vient s'accoler immédiatement au poumon; elle est alors sous-jacente directement à l'oreille qui ausculte et elle donne naissance à des signes cavitaires qui en raison de leur localisation, peuvent faire croire à une ulcération du parenchyme pulmonaire.

C'est Armand-Delille qui, le premier, a isolé ce syndrome et a mis en évidence la relation à établir entre ces signes cavitaires et l'existence d'une déviation trachéale, au cours de l'évolution d'affections sclérosantes du médiastin, telles que la syphilis et surtout la tuberculose.

Ces déviations seraient relativement fréquentes (10 cas sur 300 malades examinés) et la radioscopie permet de les classer en :

a) *Déviation rectilignes.* — Dans ce cas, c'est le médiastin entier qui est attiré du côté malade, probablement par un processus de sclérose cortico-pleurale.

b) *Déviation angulaires.* — Elles sont dues à un processus fibreux localisé, le plus souvent une cortico-pleurite localisée au dôme pleural.

c) *Déviation mixtes.* — Elles procèdent des deux types précédents, cortico-pleurite à la base, avec processus fibreux apical.

De ces trois types, ce sont les déviations angulaires qui prêtent le plus à des erreurs de diagnostic. Armand-Delille rapporte les observations de trois malades, tuberculeuses anciennes, qui présentaient dans les fosses sus et sous-épineuses, un souffle intense aux deux temps, avec pectoriloquie aphone, retentissement de la voix et de la toux. La radioscopie montra qu'il n'existait pas de spéléonque, mais une simple déviation de la trachée. On conçoit en pareil cas toute l'importance du diagnostic, cavérne signifiant évolution ulcéreuse, déviation trachéale signifiant au contraire évolution fibreuse.

V. — Syndrome pseudo-cavitaire dans le cancer pulmonaire.

En dehors des cas où le tissu néoplasique dégénère soit par vascularisation insuffisante, soit par infection microbienne, ce qui amène la formation de cavernes de volume variable, le syndrome cavitaire pur est rare dans le cancer pulmonaire.

Il est même nié absolument par Germain Sée, qui fait de la persistance des signes d'induration sans tendance au ramollissement un des signes importants pour le diagnostic de la lésion. Cependant, ce même auteur écrit un peu plus loin : « Mais on conçoit facilement qu'on puisse être souvent trompé par l'existence de râles sous-crépitaux de congestion ou d'in-

flammation catarrhale au pourtour de la tumeur, et croire à un commencement de ramollissement qui n'existe nullement. » C'est d'ailleurs cette même conception du phénomène que se fait Cassaët. Chez une malade présentant une récurrence pulmonaire de cancer du sein, il nota à la base gauche un foyer de souffle amphorique, avec gargouillements intermittents, qu'il attribua à la congestion pulmonaire enkystant la récurrence. En conclusion, le cancer pulmonaire peut donner naissance à des souffles de tous degrés d'intensité et de timbre, tubaire, caverneux ou amphorique ; mais les râles humides tiennent généralement à des lésions surajoutées, bronchite, broncho-pneumonie.

En cas de tumeur volumineuse, les signes pseudo-cavitaires pourraient résulter de la compression médiastinale par la masse néoplasique : Dujardin-Beaumetz a, en effet, signalé ces bruits dans le cas de compression de la trachée par une tumeur solide de la racine du cou ou du médiastin.

VI. — Syndrome pseudo-cavitaire et atélectasie pulmonaire.

Il est encore une variété curieuse de signes pseudo-cavitaires, ce sont ceux qui prennent naissance dans un lobe pulmonaire atélectasié, sans autres lésions associées. Nous avons eu l'occasion d'en trouver un exemple parmi les nombreuses observations que M. le Docteur Roubier avait mises gracieusement à notre disposition, dans ce cas, l'atélectasie pulmonaire était

en relation avec des déformations rachidiennes. Voici d'ailleurs un court résumé de cette observation, dont nous aurons à reparler plus loin, à propos de la pathogénie des signes pseudo-cavitaires dans la pleurésie.

OBSERVATION N° 571

Diagnostic : Mal de Pott (?) lombaire. Troubles parétiques et douloureux des membres inférieurs. Douleurs en ceinture. Signes cavitaires permanents à la base droite. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Ostéomalacie sénile : Déformation thoracique, cyphoscoliose.

Autopsie : Ostéomalacie sénile. Pas de lésions tuberculeuses. Atélectasie des deux lobes inférieurs surtout du droit, sans cavernes.

Bell... Henriette, 61 ans, envoyée d'un service de l'Hôtel-Dieu pour mal de Pott et tuberculose pulmonaire.

Examen : les signes physiques sont à peu près localisés au lobe inférieur du poumon droit : matité franche à la base, souffle caverneux assez intense avec nombreux râles gargouillés dans toute l'étendue de ce lobe inférieur.

Il est à signaler, en outre, que la malade souffre dans la région lombaire et présente des troubles parétiques des membres inférieurs avec douleurs et exagération des réflexes.

Une radiographie de la colonne lombaire ne donne aucun renseignement précis.

Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Le 16 février : La malade souffre beaucoup dès qu'on appuie sur les os du thorax qui semblent devoir céder facilement à la pression. Persistance des signes cavitaires à la base droite.

Le 1^{er} mars : Décès de la malade.

A l'autopsie : Il s'agit d'une ostéomalacie atteignant le sternum, la colonne vertébrale et les côtes. La cage thoracique est très déformée, le diaphragme est remonté des deux côtés surtout à droite.

Poumon droit: Le lobe supérieur est emphysémateux. Le lobe inférieur est atélectasié en forme de languette allongée dans le sens vertical, refoulée contre les vertèbres, l'extrémité inférieure plongeant dans le sinus costo-diaphragmatique. Sur la coupe d'aspect gris rougeâtre, le tissu est absolument privé d'air. Les surfaces de section des bronches laissent sourdre un peu de pus. Il n'existe nulle part de lésions tuberculeuses.

Chez cette malade, il avait été difficile, au début, d'interpréter ces signes cavitaires. On élimina le diagnostic de tuberculose et on songea plus volontiers, d'après l'évolution et le siège des signes cavitaires, à la dilatation des bronches.

Mais l'autopsie ne révéla qu'une simple atélectasie du lobe inférieur, conséquence de la déformation thoracique considérable, d'origine ostéomalacique. Elle seule donc peut être rendue responsable de l'apparition de ces signes pseudo-caverneux, dont le mécanisme intime reste assez obscur : le souffle cavitaire s'explique vraisemblablement par la coudure de la bronche en rapport avec les déformations rachidiennes; quant aux râles, ils s'expliquent par la broncho-alvéolite, constatée à l'autopsie dans ce tissu atélectasié. Il n'en fallait pas plus pour simuler une caverne.

Nous avons eu l'occasion de retrouver une observation semblable : celle d'une jeune fille atteinte de cardiopathie mitrale, avec gros cœur, ayant, d'autre

part, une scoliose très accusée ; or, elle présentait, à la base gauche, des signes cavitaires intenses et persistants, dont on n'avait pu préciser la cause.

L'autopsie montra également un lobe inférieur atelectasié, transformé en une languette verticale, logée dans la gouttière costo-vertébrale et absolument privée d'air. Nulle part, il n'existait de cavernes.

L'atelectasie pulmonaire, consécutive à des déformations thoraciques importantes, peut donc déterminer la production de signes pseudo-cavitaires.

Nous nous sommes étendus un peu longuement sur les conditions étiologiques et pathogéniques de production des signes pseudo-cavitaires en général, mais cette étude était nécessaire. Elle nous servira à préciser beaucoup de points de la séméiologie et de la pathogénie des signes pseudo-cavitaires au cours des pleurésies, dont nous allons nous occuper exclusivement dans les chapitres suivants.

CHAPITRE II

Signes pseudo-cavitaires dans les pleurésies

L'on sait, depuis les travaux de Rilliet et Barthez, qu'un simple épanchement pleural peut donner naissance à des signes pseudo-cavitaires. Le fait est surtout fréquent dans les variétés purulentes.

I. PLEURÉSIE INTERLOBAIRE. — La transition entre les signes cavitaires vrais et les signes pseudo-cavitaires, est fournie par la pleurésie interlobaire enkystée, ouverte dans les bronches. Il s'agit presque toujours de pleurésie purulente, il y a eu vomique, et il subsiste alors une poche pleurale, à parois épaissies par des fausses membranes, avec un trajet fistuleux la reliant aux bronches : c'est l'aspect typique de la caverne tuberculeuse. « Sa situation entre deux lobes, dans une cavité profonde protégée en avant et en arrière par une lame pulmonaire plus ou moins épaisse,

fait croire, le plus souvent, à une lésion intra-parenchymateuse. » (Cassaët).

Pour ce dernier auteur, on peut reconnaître l'origine de l'affection en tenant compte de l'intermittence de l'expectoration et de la région précise où se développe le souffle : à peu près exactement au-dessous de la cinquième côte et, d'une manière plus intense en arrière qu'en avant.

II. PLEURÉSIES PURULENTES DE LA GRANDE CAVITÉ. —

Cette dernière affection s'accompagne très souvent de signes pseudo-cavitaires et tous les traités classiques ne manquent pas de le signaler. C'est surtout une maladie de l'enfant, aussi nous insisterons peu : elle survient le plus souvent au cours d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie, ou encore quelques jours après la défervescence. La température est variable; l'état général altéré, le malade pâle et amaigri. Les signes physiques sont alors très souvent des signes pseudo-cavitaires : souffle aux deux temps de la respiration, avec râles humides à timbre caverneux. Ils sont nets et siègent le plus souvent aux bases, surtout au voisinage de l'angle de l'omoplate. Verliac insiste sur les erreurs de diagnostic auxquelles ils peuvent prêter : la confusion est possible avec l'abcès du poumon, la dilatation des bronches et surtout la tuberculose. Un examen clinique attentif est nécessaire : il faut se rappeler que dans toute pleurésie, les signes fournis par l'auscultation cèdent le pas aux enseignements de la percussion (Netter). Enfin, la ponction exploratrice et l'examen radioscopique permettront d'éviter l'erreur.

III. PLEURÉSIES SÉRO-FIBRINEUSES DE LA GRANDE CAVITÉ. — Plus rares peut-être sont les signes pseudo-cavitaires apparaissant au cours des épanchements séro-fibrineux. Ils n'en existent pas moins, et c'est surtout leur étude que nous aurons en vue dans ce travail. Nous ne nous occuperons que de ceux survenant au cours de l'évolution d'une pleurésie séro-fibrineuse aiguë. Plus fréquents chez l'enfant, ils se rencontrent aussi chez l'adulte et peuvent exposer à des erreurs de diagnostic graves.

Historique

D'après la plupart des auteurs, c'est Chomel qui, dans son *Traité de Pathologie Générale*, a signalé, le premier, la possibilité du gargouillement dans la pleurésie. En réalité, il s'agissait de bruits cavitaires prenant naissance au niveau d'une ulcération pulmonaire superficielle et transmis à la paroi par une mince lame de liquide environnant. Il n'était pas du tout question de signes pseudo-cavitaires.

C'est Notta, en 1850, qui, le premier, aborde l'étude du sujet qui nous intéresse : cet auteur publie dans les *Archives Générales de Médecine*, un travail sur le « Développement d'un son clair comme métallique (hydro-aérique) dans le cours des épanchements pleurétiques. » Ce travail ne renferme qu'une observation, mais il conclut fermement à l'existence de gargouillements au cours d'une pleurésie, sans qu'il y ait pour cela de cavernes pulmonaires,

En 1852, Barthez et Rilliet, à la Société Médicale des Hôpitaux, lisent un travail dans lequel ils concluent « qu'il est des cas de pleurésie chronique simple ou compliquée de bronchite, dans lesquels du gargouillement, du souffle caverneux et même de la respiration amphorique peuvent être perçus pendant longtemps au niveau du point malade ».

Un an plus tard, ces mêmes auteurs signalent, dans leur *Traité des Maladies des Enfants*, que ces mêmes bruits peuvent s'entendre lors d'une pleurésie aiguë, survenant au cours d'une pneumonie. Dans ce cas, la présence de l'épanchement vient considérablement augmenter l'intensité du souffle qui prend alors un timbre caverneux : de plus, la présence de mucosités bronchiques agitées par la colonne d'air, donne naissance à des râles simulant des gargouillements. Ces auteurs donnent donc une théorie sur la formation des râles, mais ils n'expliquent le souffle caverneux que par un souffle pneumonique déjà préexistant.

En 1854, Béhier signale un souffle amphorique dans deux cas de pleurésie purulente. Son travail, publié dans les *Archives Générales de Médecine*, indique que le souffle est perçu dans la fosse sus-épineuse, dans une zone de matité absolue et qu'il est dû « au retentissement du bruit trachéal, transmis par le poumon induré, alors que l'épanchement très considérable, accolait cet organe très immédiatement à la trachée ». En conséquence pour lui le souffle amphorique dans la pleurésie indique un épanchement excessif.

En 1856, Landouzy (1) signale le souffle amphorique et le gargouillement dans la pleurésie; il les attribue soit à l'épanchement, soit à l'induration pulmonaire.

Dans son *Traité de Pathologie Interne*, Grisolle signale la possibilité pour le souffle pleurétique d'être aussi rude que dans l'hépatisation pulmonaire et de revêtir exceptionnellement, est-il vrai, le timbre caverneux. Si dans ce dernier cas, il y a coexistence de bronchite, l'oreille qui ausculte pourra percevoir un véritable gargouillement, sans caverne existante.

Barth et Roger, écrivent dans leur *Traité d'Auscultation* : « Signalons encore ce fait exceptionnel que, chez quelques malades atteints de pleurésie, la respiration bronchique peut accidentellement se changer en un souffle amphorique.

Trousseau, dans la *Clinique Médicale de l'Hôtel-Dieu*, écrit qu'assez souvent on rencontre chez les pleurétiques des signes stéthoscopiques, appartenant à la phtisie tuberculeuse au 3^e degré : « Parfois, la respiration amphorique, les gargouillements, la voix caverneuse sont si marqués, qu'on ne peut se défendre de les rapporter à l'existence de cavernes pulmonaires, surtout lorsque ces bruits ont pour siège le sommet de la poitrine, et lors même que ces bruits s'entendent vers l'angle inférieur de l'omoplate, on ne peut encore se défendre de la même idée, tant ces

(1) *Académie de Médecine*, 9 septembre 1856.

Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracentèse. *Arch. gén. de Méd.*, novembre 1856 et décembre 1856,

gargouillements et le souffle sont identiques avec ceux qui se produisent dans de grandes cavités creusées au milieu du parenchyme du poumon. »

Hérard, Cornil et Hanot, dans leur ouvrage *Dé la Phtisie Pulmonaire*, rapportent plusieurs cas d'épanchements pleurétiques, présentant à l'auscultation un souffle de timbre caverneux et parfois même amphorique.

Walshe dit qu'il peut se manifester du souffle caverneux au cours de la pleurésie.

Jaccoud, dans son *Traité de Pathologie Interne*, déclare que : « Dans la pleurésie à souffle caverneux, on peut entendre des râles muqueux à grosses bulles qui, sous l'influence des secousses de la toux, présentent le caractère du gargouillement. »

Peter, dans ses *Leçons de Clinique Médicale*, rapporte les opinions de Barthez et Rilliet, et avec Landouzy signale des cas où le souffle amphorique se produit au cours de pleurésies à fausses membranes avec ou sans épanchement. Il ignore comment ces phénomènes peuvent se produire et il signale les erreurs auxquelles ils exposent.

Dieulafoy, établit une relation entre l'abondance de l'épanchement et l'apparition du souffle caverneux. Quand le liquide épanché est très considérable (3-litres et au delà), à l'auscultation on constate une absence de tout bruit ou bien un souffle « dont l'ampleur peut rappeler le souffle caverneux, et même le timbre amphorique. »

En 1875, Giraux fait sa thèse sur les *Bruits anormaux de la Pleurésie*, et rapporte deux observations typiques de pleurésies à signes pseudo-cavitaires.

Germain Sée signale à nouveau le souffle amphorique et le gargouillement dans la pleurésie: « Ce souffle amphorique peut être plus ou moins intense, mais il n'a pas, d'ordinaire, le retentissement métallique de la respiration amphorique du pneumothorax. Si la pleurésie s'accompagne de bronchite, des râles muqueux qui se produisent dans les bronches au niveau du souffle caverneux ou amphorique, pourront simuler le gargouillement le plus net et l'on aura ainsi tous les signes d'une vaste caverne. »

En 1885, Frémont, dans sa thèse, étudie les signes pseudo-cavitaires dans la pleurésie. Il cherche à expliquer leur mode de production et rapporte plusieurs expérimentations faites sur le cadavre. Il étudie leur diagnostic et termine en concluant que leur existence n'a point de valeur pronostique fâcheuse.

En 1890, dans la *Revue des Maladies de l'Enfance*, Aldibert signale la fréquence des signes pseudo-cavitaires chez l'enfant, tant au cours de la pleurésie que de la pneumonie. Il fait jouer un rôle dans la production de ces signes à l'abondance de l'épanchement et il écrit : « Ces cas relativement peu nombreux chez l'adulte, s'observent très fréquemment chez les enfants porteurs d'une pleurésie à liquide abondant. »

En 1894, Gaillard publie un article ayant pour titre « Du souffle amphorique dans la Pleurésie ». Il fait une sorte de revue générale de la question, cite les opinions des différents auteurs et insistant surtout, sur la pathogénie de ce bruit, conclut au grand rôle joué par l'abondance de l'épanchement, aidée d'un état de congestion pulmonaire sous-jacent.

Cassaët signale l'existence des signes pseudo-cavitaires dans les épanchements séro-fibrineux. Faisans les mentionne lui aussi, et ces deux auteurs se rangent à l'opinion de Barth. Ils voient la cause de ces bruits dans une torsion de la bronche, qui, sous l'influence de la compression pulmonaire par l'épanchement, se fléchit en se rétrécissant, créant ainsi une véritable cavité à orifice rétréci très propre à la production d'un souffle caverneux.

En 1903, Pouillot, dans sa thèse, étudie les bruits pseudo-cavitaires dans les affections pleuro-pulmonaires de l'enfant. Il écrit : « L'association pseudo-cavitaire la plus fréquente, se compose de gargouillements et d'un souffle caverneux qui a souvent tendance à s'amphoriser. La pectoriloquie, le bruit de pôt fêlé sont souvent simulés. Mais le traitement métallique et la succussion hippocratique ne donnent jamais prise à l'erreur. »

Et un peu plus loin : « Si les signes pseudo-cavitaires sont méconnus, l'erreur est de peu d'importance dans le pronostic de la tuberculose. Elle est plus grave dans le cas de pneumonie et surtout de pleurésie, où elle peut occasionner de fâcheux mécomptes. S'ils sont reconnus, leur seule présence ne doit en rien aggraver le pronostic. »

Palasse, en 1905, dans sa thèse, parle des signes pseudo-cavitaires et, d'après lui, c'est l'état du poumon qui joue le principal rôle dans leur production; il faut qu'il y ait coexistence d'une congestion intense du poumon de nature inflammatoire simple ou tuberculeuse, avec des adhérences limitant l'extension du

liquide. L'épanchement reste par suite, petit, et le pronostic en devient plus sévère.

Landouzy et Labbé, dans le *Traité de Médecine* de Brouardel et Gilbert, écrivent que, si l'épanchement devient considérable, le souffle pleurétique prend le caractère caverneux ou amphorique. Ce souffle peut s'accompagner de gargouillements, qui sont des râles de bronchite renforcés par le poumon comprimé. Ces auteurs envisagent ensuite le moyen d'établir le diagnostic de ces bruits.

De même dans le *Traité des Maladies de l'Enfance*, de Grancher et Comby, Zuber signale l'existence des bruits pseudo-caverneux et cite les interprétations qu'en ont faites Barthez et Rilliet.

E. Weill, rapporte des exemples de souffle cavitaire chez l'enfant, subordonnés à l'existence d'une épanchement abondant. Pour lui, c'est la compression et l'immobilisation d'un lobe ou de tout un poumon, qui favorisent la production de ces bruits. Il insiste de plus, pour faire leur diagnostic, sur la nécessité de l'auscultation médiate, qui arrête la propagation des bruits lointains et permet de limiter la région où siège un souffle et de distinguer ceux nés sur place de ceux propagés à distance.

Paviot, dans son *Précis de Diagnostic*, écrit : « Au cours de la pleurésie à grand épanchement, on peut observer, au voisinage de l'omoplate, un souffle à timbre creux et même amphorique. Des râles, le plus souvent, sont perçus au même niveau, ayant aussi un timbre métallique et le caractère de gargouillements. » Souffles et râles prennent naissance dans la

cavité bronchique et sont transmis directement au liquide par la coque indurée que forme autour du hile le poumon atelectasié par l'épanchement.

Plus récemment, Sergent signale : « Il arrive qu'un épanchement pleural semble s'accompagner de cavernes dans la région ganglionnaire : en réalité, il s'agit d'une fausse caverne, ou plutôt de signes cavitaires sans cavernes. »

Enfin, à l'heure actuelle, tous les traités de Médecine, de Sergent ou de Roger, Widal, Teissier, mentionnent l'existence de ces bruits pseudo-cavitaires, et citent les noms et les opinions de Barthez et Rilliet, Jaccoud, Barth.

Nous allons maintenant, dans le chapitre suivant, relater les quelques observations les plus caractéristiques que nous ayons pu réunir, touchant le sujet qui nous intéresse.

CHAPITRE III

Observations

OBSERVATION I

(Service du Docteur Roubier, N° 1507.)

Ch... Elise, 25 ans. Entrée le 18 décembre 1925.

Antécédents héréditaires et personnels : Rien à signaler.

L'affection actuelle a débuté, il y a trois mois, par un point de côté gauche, avec dyspnée. La malade dut interrompre son travail durant 15 jours; elle resta alitée et on appliqua alors des ventouses sur la région douloureuse. Lorsqu'elle quitte le lit, elle est incomplètement guérie, souffrant toujours de son côté dans les mouvements respiratoires profonds.

Il y a huit jours, au retour de son travail, elle présente des frissons nombreux, avec point de côté plus douloureux, dyspnée et fièvre à 38°5. Elle reste alitée une semaine chez elle et, au bout de ce temps, entre à l'hôpital.

19 décembre 1925. — Examen pulmonaire.

1° A droite : Rien d'anormal;

2° A gauche : *En arrière*, submatité au sommet, matité franche dans le tiers inférieur. Au sommet : dans la fosse sus-épineuse, râles humides inspiratoires. A la partie moyenne : rien d'anormal.

A la base : Dans la zone mate, souffle expiratoire intense à timbre tubaire avec d'assez nombreux râles sous-crépitaux fins. A ce niveau, les vibrations sont abolies : en somme, signes de pleuro-pneumonie de la base.

En avant : Matité franche sur toute la hauteur, ainsi que dans toute l'aisselle ; sous la clavicule, gros craquements humides, souffle expiratoire intense et retentissement de la toux, qui font penser à l'existence d'une cavité. Dans la région de l'espace de Traube, matité et craquements humides.

En somme, il s'agit d'une bacillose pulmonaire gauche avec signes cavitaires au sommet en avant et poussée récente pleuro-pulmonaire à la base de ce côté.

La malade est un peu dyspnéique, crache peu. Fièvre aux environs de 38°. Poids : 53 kg. 200.

Rien d'anormal au cœur, pas d'albumine.

Une ponction exploratrice à la base gauche, permet de retirer, à la condition que l'aiguille soit enfoncée peu profondément, un peu de liquide citrin.

24 décembre. — Examen radioscopique : La moitié inférieure du champ pulmonaire gauche est complètement opaque et la zone d'opacité est limitée à sa partie supérieure par une courbe de Damoiseau. La moitié supérieure du champ pulmonaire est légèrement voilée par comparaison avec le champ pulmonaire opposé (fig. 1).

Pas d'image cavitaire visible.

A droite, rien d'anormal.

Examen du liquide pleural :

Cytologie : Nombreux globules rouges. Lymphocytose exclusive.

Bactériologie : Pas de bacilles de Koch à l'examen direct.

Séro-diagnostic tuberculeux : Positif.

Un examen bactériologique des crachats, pratiqué à la même époque, donne les résultats suivants :

Pas de bacilles de Koch.

Pneumocoques peu nombreux.

26 décembre. — Le souffle que l'on avait perçu à la base gauche en arrière a disparu. La matité existe en arrière dans le tiers inférieur et en avant, elle remonte

jusqu'au III^e espace: donc, il s'agit d'un épanchement en écharpe.

Dans le I^{er} espace, sous la clavicule, il existe du skodisme; les signes cavitaires perçus précédemment ne sont plus retrouvés: il existe seulement un léger retentissement de la toux sous la clavicule. Peut-être s'agit-il simplement de signes pseudo-cavitaires au cours d'une pleurésie.

La pointe du cœur bat un peu en dedans de la ligne mamelonnaire.

Pas d'expectoration.

Le 29 décembre. — *Examen radioscopique*: Même image que précédemment avec courbe de Damoiseau, mais la limite supérieure de l'épanchement a baissé. Le sommet gauche est légèrement plus gris que le droit (fig. II).



Fig. 1

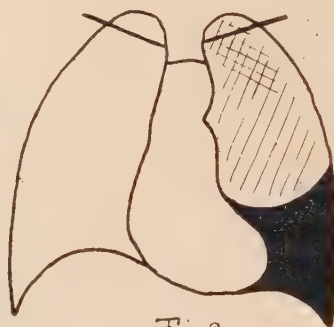


Fig. 2.

Le 31 décembre. — Ponction exploratrice: on retire 10 cc. de liquide citrin pour inoculation au cobaye.

2 janvier. — Il existe encore de la matité, à la base, en arrière; sous la clavicule, légère submatité. A la base, en arrière, obscurité respiratoire, pas de souffle. En avant murmure normal: pas de râles. La malade tousse très peu.

9 janvier. — En arrière, matité et obscurité à la base. En avant, submatité à partir du III^e espace seulement et dans la moitié inférieure de l'aisselle. En bas de l'ais-

selle, on entend des frottements pleuraux aux deux temps : le liquide a certainement beaucoup diminué. Au sommet gauche, le murmure est tout à fait normal.

16 janvier. — Les signes d'épanchement ont notablement diminué. On entend le murmure jusqu'en bas.

23 janvier. — Le liquide a à peu près disparu; il existe encore de la submatité à l'extrême base. La respiration s'entend jusqu'en bas en arrière, un peu diminuée à l'extrême base.

En avant, murmure normal. Pas de râles même après la toux. Pas de fièvre. La malade part guérie.

L'inoculation au cobaye du liquide pleural donne un résultat positif : l'autopsie du cobaye montre des granulations tuberculeuses dans le foie et la rate et des ganglions caséifiés autour de la trachée.

La malade a été revue en août 1926, elle est en parfait état de santé.

Réflexions. — En somme, il s'agissait d'une jeune fille présentant, à la base gauche, les signes d'un épanchement pleural d'abondance moyenne : la matité occupait, en effet, le tiers inférieur de l'hémithorax et s'accompagnait de diminution du murmure et de souffle expiratoire; les vibrations étaient abolies dans la zone mate et une ponction exploratrice permit de retirer du liquide citrin. De plus, toujours en arrière, au-dessus de la zone liquidienne, s'entendaient quelques râles humides. En avant, dans la région sous-claviculaire, l'examen clinique révélait l'existence d'une matité étendue, avec un souffle expiratoire intense, des craquements humides et du retentissement de la toux. Ces signes permettaient de conclure à l'existence d'une caverne ; seule la matité que l'on trouvait

en avant sur toute la hauteur restait d'une interprétation plus difficile.

Cependant, elle ne paraissait pas due à l'épanchement, puisque cette matité, en arrière, ne dépassait pas en hauteur la pointe de l'omoplate. On pouvait admettre qu'elle était due à des réactions inflammatoires se produisant autour d'une caverne ancienne que venaient révéler maintenant le souffle expiratoire et les râles gargouillés. On s'arrêta à ce dernier diagnostic et on considéra comme deux choses distinctes, d'une part, les signes cavitaires du sommet en avant, et, d'autre part, les signes pleuro-pulmonaires de la base en arrière. Sans doute, la malade crachait peu, mais il n'est pas rare d'observer des tuberculeux cavitaires qui ont une expectoration minime, probablement parce qu'ils ont l'habitude de déglutir leurs crachats.

La température était peu élevée, sans grandes oscillations. Enfin, l'interrogatoire donnait les renseignements suivants : Le début de l'affection semblait remonter à trois mois environ, avec un épisode aigu récent, et l'on pouvait facilement admettre que la malade, tuberculeuse depuis quelque temps déjà, venait de présenter récemment une poussée pleuro-pneumonique aiguë de la base. Une vaste ulcération pulmonaire du sommet aurait eu le temps de se constituer en trois mois.

C'est l'examen radioscopique qui vint faire la lumière en révélant l'existence d'un épanchement avec courbe de Damoiseau nette, occupant environ la moitié inférieure de l'hémithorax. Au-dessus, le champ pulmonaire était légèrement voi-

lé, sans image cavitaire visible. D'autre part, des examens répétés de crachats restèrent négatifs.

Ces résultats surprirent tout d'abord, mais l'évolution de la maladie vint confirmer les résultats de l'examen à l'écran. En une semaine, en effet, les signes d'épanchement diminuèrent et, en même temps, les signes cavitaires perçus dans la région sous-claviculaire, entrèrent en voie de régression pour finir par disparaître tout à fait. Ils ne furent plus constatés à l'examen de la malade, le 26 décembre ; et celle-ci sortait complètement guérie un mois plus tard.

Il s'est donc bien agi de signes pseudo-cavitaires liés à l'existence d'un épanchement pleural, car ils ont disparu au fur et à mesure que le liquide s'est résorbé.

Signalons enfin qu'on a bien eu à faire à une pleurésie tuberculeuse, car l'inoculation du liquide pleural au cobaye, a été positive.

OBSERVATION II

(In thèse de Frémont.)

Pleurésie à signes pseudo-cavitaires (gargouillements), guérison. La nommée Leleu (Léonie), âgée de 25 ans, marchande des quatre-saisons, entre le 18 avril, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Bucquoy, salle Sainte-Anne, lit n° 6.

Cette femme est sans antécédents héréditaires, au point de vue de la tuberculose : elle jouit d'une bonne santé habituelle. L'été passé, 1884, elle a été atteinte d'une laryngo-bronchite, qui a duré 3 semaines, a nécessité un séjour au lit de 8 jours. Depuis cette époque, grande susceptibilité au froid et rhumes fréquents. Cependant,

l'appétit était excellent, toutes les fonctions se faisaient bien, l'état général était bon.

Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, cette femme était fatiguée, mal en train. Huit jours après, elle était prise de points de côté, de fièvre, de quintes de toux, accompagnées de vomissements. A partir de ce moment, la malade a gardé le lit, avec des moments d'amélioration pendant lesquels elle se levait.

Le soir de son entrée à l'hôpital, on constate que cette femme est très pâle, très affaiblie. Sa température est à 38°4, son pouls à 90, sa respiration à 20 par minute.

A l'examen de la poitrine, on trouve un léger tympanisme sous la clavicule droite à la percussion. En arrière et du même côté, on constate de la matité et de la submatité dans les deux tiers inférieurs. Les vibrations thoraciques sont à peine affaiblies dans cette partie. Dans le tiers moyen, souffle doux, surtout marqué dans l'expiration : broncho-égophonie, pectoriloquie aphone. Dans le tiers inférieur, on n'entend ni souffle, ni respiration.

La matité et le souffle se prolongent en avant dans le creux axillaire : là, persiste un point de côté surtout marqué dans la toux et les inspirations.

La toux est fréquente, par quintes : les crachats abondants, muco-purulents et battus d'air, semblables à ceux d'une bronchite parvenue à la période de résolution.

Le 19 avril. — Apyrexie. On trouve, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, un gargouillement intense. La voix prend à ce niveau un timbre caverneux. La toux augmente les râles caverneux. Au sommet, aucun râle, ni craquement; pas de respiration prolongée ni saccadée; expectoration muco-purulente abondante.

Le soir, le gargouillement a disparu. Température : 37° le matin et 38° le soir.

Le 20 avril. — Le matin, gargouillement dans le même point que la veille : le soir, il ne peut être retrouvé.

Le 21 avril. — Gargouillement revenu à l'angle de l'omoplate. Température : 37° le matin, le soir 37°2. Expectoration toujours abondante.

Le 23 avril. — Le gargouillement ne peut être cons-

taté ni le matin ni le soir. Il existe seulement un souffle tubaire très marqué. La matité a diminué à la base droite ; elle s'élève moins haut.

Le 24 avril. — L'état général et local s'améliorent progressivement, pas de gargouillements. Expectoration peu abondante de muco-pus.

Le 28 avril. — La respiration s'entend jusqu'à la base droite. L'appétit est excellent ; les forces reviennent rapidement.

6 mai. — La malade quitte l'hôpital dans un parfait état de santé.

OBSERVATION III

(In thèse de Frémont.)

Pleurésie avec phénomènes pseudo-cavitaires.

Gillau, 18 ans, ciseleur, entré le 24 février 1885, salle Saint-Bernard, n° 39, à l'Hôtel-Dieu annexe.

Antécédents héréditaires : Parfaitement bons.

Antécédents personnels : Bonne santé habituelle. Fièvre typhoïde à 10 ans.

Quinze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme commença à éprouver de la céphalalgie, de l'anorexie, de la diarrhée, mais pas de bourdonnements d'oreille, pas d'épistaxis, pas d'insomnie. Quelques douleurs abdominales et dans les côtés. Il y a huit jours, toux assez fréquente.

A l'entrée de ce malade, on constate une température élevée, 40°8, un léger aspect typhique, mais peu d'obnubilation de l'intelligence.

État saburral des voies digestives. Diarrhée légère. Pas de taches rosées lenticulaires. Foie, rate normaux. Pas d'albumine dans l'urine. Pouls régulier.

Douleurs vagues des deux côtés de la poitrine. A l'auscultation, quelques râles sibilants dans les deux poulmons, non prédominant au sommet.

Le 25 février. — Même état.

Le 26 février. — Matité à la base gauche et en arrière. Absence de vibrations à ce niveau, souffle pleurétique, broncho-égophonie, pectoriloquie aphone.

4 mars. — En arrière, du côté gauche, matité dans presque toute l'étendue du poumon. Vibrations disparues, elles reparaissent en partie sur la ligne axillaire. Souffle intense dans toute l'étendue du poumon. Au niveau de la pointe de l'omoplate, souffle caverneux avec gargouillements. Toux caverneuse. En avant, respiration rude aux sommets, quelques râles humides. Skodisme sous-claviculaire. Râles au niveau du mamelon.

Le 6 mars. — Le souffle caverneux persiste : abaissement de la ligne supérieure de matité en arrière.

Le 8 mars. — Disparition du souffle caverneux.

Le 11 mars. — Apparition de frottements pleuraux à la base gauche. Amélioration progressive.

Le malade est, le 23 mars, parfaitement guéri.

OBSERVATION IV

(Recueillie par Barthez.)

Il s'agit, dans ce cas, d'une jeune fille atteinte d'une pleurésie latente gauche compliquée de bronchite. Je crus, d'après les symptômes stéthoscopiques, à la formation d'une excavation dans le poumon, mais, comme l'épanchement se dissipa complètement et que la respiration redevint parfaitement pure, je fus forcé de reconnaître que je n'avais à faire qu'à un simple épanchement pleurétique.

Deux ans plus tard, cette jeune fille eut une récurrence ; l'épanchement fut plus considérable que la première fois, car il finit par occuper les trois quarts de la poitrine et ne fut entièrement dissipé qu'au bout de cinq mois. Pendant plus de trois mois, je perçus dans toute l'étendue de la région dorsale inférieure une respiration bronchique, ayant véritablement le timbre caverneux et accompagnée d'un gargouillement, gros, humide, identique à celui que l'on entend au niveau des grandes cavernes

des phtisiques. Averti par l'expérience, je ne retombais pas dans l'erreur de la première fois : j'annonçais que nous n'avions à faire qu'à un épanchement pleurétique. Mes prévisions furent justifiées par l'événement : l'épanchement disparut, l'enfant guérit.

Redoutant pour cette jeune fille le climat sévère de Genève, je conseillai à ses parents de lui faire passer l'hiver suivant dans le Midi. Pour éviter au praticien qui pourrait être appelé à lui donner des soins, si la maladie récidivait, la chance de porter un pronostic erroné, j'eus soin, dans ma consultation écrite, de bien préciser la nature des symptômes d'auscultation qui pourraient se développer, et d'indiquer leur signification. Ce que j'avais prévu arriva, la maladie récidiva; un médecin fut appelé : les symptômes stéthoscopiques lui parurent si graves, que, sans tenir compte de mes avertissements, il n'hésita pas à penser que le poumon était creusé d'une vaste excavation, et prononça que l'enfant était perdue.

L'illusion ne fut pas de longue durée ; car, au bout de trois semaines, cette jeune fille entra en convalescence, et la respiration avait, en grande partie, recouvré son timbre normal. Depuis cette époque, plusieurs années se sont passées et la maladie n'a pas reparu.

OBSERVATION V

(Rilliet et Barthez. Traité des maladies de l'enfance.)

Au mois de septembre 1848, je fus appelé à voir une jeune fille de 14 ans, blonde, délicate, ayant quelque chose de l'habitus des phtisiques et présentant à l'examen de la poitrine les symptômes suivants :

En arrière, à droite, matité dans les deux tiers inférieurs, se prolongeant jusque dans l'aisselle. Tout à fait à la base, absence du bruit respiratoire, remplacé à mesure qu'on ausculte une région plus élevée, par une respiration bronchique de plus en plus intense, qui, vers le milieu du bord spinal de l'omoplate, prend les caractères d'un véritable souffle caverneux. En ce point, retentisse-

ment considérable de la voix, véritable pectoriloquie qui, en dehors, devient de l'égophonie simple et disparaît à mesure qu'on descend vers la base du thorax. En outre, au point où existent la respiration caverneuse et la pectoriloquie, il arrive, en faisant tousser la malade, d'entendre par moments un véritable gargouillement.

Au sommet du poumon, en arrière, la sonorité est normale et la respiration pure. En avant, au sommet et dans presque toute la hauteur, résonnance considérable à la percussion et respiration puérile.

Du côté gauche, le bruit respiratoire est normal.

Voici dans quelles circonstances la maladie s'est développée :

Cette jeune fille, née d'un père rhumatisant, avait été atteinte, à l'âge de 11 ans et pour la deuxième fois, d'un rhumatisme articulaire compliqué de pleurésie gauche et de péricardite. La pleurésie qui se révéla par ses symptômes habituels dura longtemps et se termina par résolution avec rétrécissement de la cage thoracique et incurvation légère de la colonne vertébrale.

Au mois de novembre 1847, elle fut prise de nouveau de quelques douleurs articulaires suivies de frissons, de fièvre, de douleur dans le côté droit, de toux quinteuse très fatigante avec expectoration muqueuse et salivaire.

Bientôt, l'auscultation démontra l'existence d'une pleurésie (matité dans la moitié inférieure droite de la poitrine, souffle bronchique surtout à la partie moyenne, silence de la respiration à la base, égophonie).

Ces symptômes persistèrent en augmentant, jusqu'à prendre en peu de mois, les caractères signalés plus haut, qui existaient déjà depuis quelque temps lorsque nous fûmes appelés à voir cette jeune fille, dix mois après le début de la maladie.

A cette époque, l'idée d'une phtisie pulmonaire existait déjà, avec bien des doutes dans l'esprit du médecin ordinaire, et dans le fait l'amaigrissement graduel de la malade, son apparence extérieure, l'expectoration abondante, la respiration caverneuse, la pectoriloquie, le gargouillement, justifiaient ces craintes.

Cependant, en constatant la cause rhumatismale, l'absence de sueurs, de fièvre à accès quotidiens, de diarrhée, d'hémoptysies; en établissant le siège exact des lésions et l'état parfaitement sain des sommets du poumon, en considérant la marche de la maladie et nous rappelant les modifications possibles des symptômes stéthoscopiques de la pleurésie, et aussi les effets acoustiques de l'application des corps denses contre la colonne vertébrale, nous rejetâmes l'idée d'une phtisie pulmonaire.

La conclusion fut l'existence très probable d'une pleurésie dont les symptômes stéthoscopiques étaient modifiés par une circonstance accidentelle et inconnue, peut-être due à une perforation pleuro-pulmonaire, ou par une dilatation des bronches avec induration du poumon, application de l'organe contre la colonne vertébrale et propagation du son par les côtes.

La suite de la maladie prouva la justesse de ce diagnostic. Pendant longtemps, l'auscultation donna les mêmes résultats; puis les symptômes diminuèrent graduellement et vers la fin de 1851, on entendait la respiration pure et sans râles partout, sauf entre le milieu du bord libre de l'omoplate et la colonne vertébrale où l'on percevait une respiration un peu soufflante, mais n'ayant rien de commun avec le souffle caverneux. La guérison fut définitive, et aujourd'hui, cette jeune personne qui s'est réglée dans l'intervalle, jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION VI

(Trousseau. Clinique de l'Hôtel-Dieu.)

Au n° 30 de la salle Saint-Bernard, entré, le 14 avril 1863, une femme de 21 ans. Elle était accouchée dans les premiers jours de novembre 1861 et, quelques jours après son accouchement, elle avait eu des accidents du côté droit du bassin. Ces accidents, toutefois, n'avaient pas été bien graves, puisqu'elle avait pu quitter l'hôpital quinze jours après sa délivrance.

Depuis cette époque, à chaque période menstruelle, elle

avait de la fièvre et des vomissements. Lorsqu'elle fut examinée pour la première fois par nous, nous trouvions dans la fosse iliaque gauche une tumeur très considérable remontant jusqu'à la crête de l'os iliaque, descendant sur les parties latérales du bassin, et enveloppant en arrière l'utérus qui était enclavé. Cette tumeur abdominale qui nous parut être un phlegmon pelvi-utérin diminua très lentement et avait disparu un mois plus tard ; comme elle ne causait d'ailleurs aucun accident, nous la laissâmes à l'arrière-plan pour nous occuper de troubles pathologiques d'une bien autre importance et sur lesquels je veux plus particulièrement fixer votre attention.

En effet, le 18 avril, notre jeune malade se plaint de toux et d'un point de côté à droite. L'auscultation ne nous révélait rien autre chose qu'un catarrhe aigu généralisé, et les phénomènes thoraciques semblaient s'amender, lorsque le 29, il se manifesta du côté droit des signes évidents de pleurésie et, en même temps, nous trouvions du souffle voilé à la hauteur de l'angle du scapulum gauche et des râles sous-crépitaux. Nous avions donc à faire à une pleurésie double avec légère broncho-pneumonie.

Les jours suivants, tandis que du côté droit, les signes appartenant à la pleurésie, savoir : la matité absolue, le souffle bronchique à la base, l'égobronchophonie sur les limites de l'épanchement se prononçaient de plus en plus ; du côté gauche, au contraire, nous ne trouvions que de l'égophonie le long de la colonne vertébrale ; mais, en même temps, des gargouillements, des craquements humides éclataient dans l'oreille, comme cela s'observe au sommet des poumons remplis de masses tuberculeuses en voie de ramollissement.

Cependant, tandis que les signes stéthoscopiques du côté gauche restaient sensiblement les mêmes, ceux qui caractérisaient l'épanchement à droite se prononcèrent plus nettement encore et la paracentèse fut résolue. On put retirer 900 grammes de sérosité parfaitement limpide. Il y eut une grande amélioration ; mais la sérosité

se reproduisit rapidement et quatre jours après il fallut faire une seconde ponction. Ce fut la dernière, l'épanchement ne reparut plus; cependant, la matité persista jusqu'à la fin et il y eut jusqu'à huit jours avant la mort, un peu d'égophonie vers l'angle de l'omoplate, à droite; peu de jours après la ponction, on avait entendu du bruit de cuir neuf.

Or, le 4 mai, nous avons commencé à entendre, de la manière la plus évidente, du souffle à gauche, avec respiration et gargouillements amphoriques, principalement vers l'angle de l'omoplate; ces gargouillements, cette respiration amphorique et caverneuse, furent l'objet de notre attention tous les jours; ils ne cessèrent pas jusqu'à la mort de la malade. M. le Docteur Landouzy qui, venu à Paris pour quelques jours, me fit l'honneur d'assister à une visite, examina lui-même notre malade et ne douta pas plus que nous qu'elle ne fut atteinte de pleurésie du côté gauche avec bronchite. Remarquez bien que si, dans la partie inférieure et moyenne des deux poumons, nous entendions des râles sous-muqueux et sous-crépitaux, rien de ce genre ne s'observait dans les sommets.

En comparant les signes fournis par l'auscultation et par la percussion chez cette jeune femme, avec ceux que nous trouvons chez les phtisiques, il n'y avait de différence que dans le siège des bruits. De plus, l'expectoration fut toujours celle de la bronchite; jamais il n'y eut les crachats des vastes cavernes, non plus que l'expectoration des vomiques pulmonaires ou pleurales. L'épanchement semblait diminuer, la matité n'était point absolue et ne remontait point au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, mais le souffle amphorique et les gargouillements persistaient toujours dans la partie déclive du poumon et le long de la colonne vertébrale. Bientôt, cette malade eut de l'œdème des extrémités, de la bouffissure du visage; toutefois, ses urines ne contenaient pas d'albumine; une diarrhée incoercible l'affaiblit rapidement; l'oppression devint plus grande et jusqu'à la veille de la mort, on entendit encore la respira-

tion amphorique et les gargouillements dans la région déjà indiquée.

Je ne veux que vous rappeler ici les lésions anatomiques constatées dans la poitrine. Le poumon droit était adhérent à la plèvre pariétale dans toute son étendue ; il n'y avait point traces de tubercules et les bronches étaient remplies de mucosités purulentes. Le poumon gauche, libre de toute adhérence, souple, n'offrait aucun dépôt, aucune granulation de nature tuberculeuse ; à la coupe, les bronches laissaient écouler du muco-pus, mais dans la plèvre, il y avait 3 à 400 grammes de sérosité jaune sans dépôt fibrineux ; il n'existait point de fausses membranes à la surface du poumon. L'épanchement pleural était donc peu considérable, le poumon n'était guère comprimé, et, cependant, le souffle amphorique avait encore été entendu la veille de la mort.

CHAPITRE IV

Etude clinique

I. — Symptomatologie.

De la lecture des observations qui précèdent, il résulte que la connaissance des signes pseudo-cavitaires est d'une grande utilité clinique : elle vient témoigner là encore de la nécessité d'un examen minutieux et approfondi.

Mais peut-on faire le diagnostic de ces bruits par le simple examen stéthoscopique ? Il est nécessaire pour cela de bien connaître leurs caractères principaux et nous allons nous appliquer à les décrire ici.

Le groupement de plusieurs signes cavitaires en un point du poumon, permet de conclure à l'existence d'une caverne. Mais la valeur de ce groupement est relative, et deux signes pseudo-caverneux réunis peuvent prêter à erreur.

Dans le cas qui nous occupe, les deux signes le plus souvent associés, sont le gargouillement et le souffle

caverneux. C'est surtout d'eux qu'il est question d'ailleurs dans la plupart des observations que nous avons reproduites. Il peut s'y ajouter le retentissement caverneux de la toux et de la voix, et le bruit de pôt fêlé.

Le souffle pseudo-cavitaire n'a parfois qu'un timbre faiblement caverneux, mais le plus souvent, il ressemble si bien à un souffle qui serait né dans une véritable cavité, que l'oreille seule ne peut établir un diagnostic entre ces deux variétés.

S'il existe de la broncho-alvéolite, au point de production du souffle, on percevra des gargouillements parfaitement nets. Ces derniers sont augmentés par l'exagération de l'inspiration et par la toux, si bien qu'il est impossible de les distinguer des râles nés dans une véritable caverne. Cela n'est pas d'ailleurs toujours vrai : on peut percevoir des gargouillements sans qu'il y ait broncho-alvéolite. Etant alors absolument extra-pulmonaires, ils présentent un caractère important : l'augmentation de l'inspiration et la toux ne les modifient pas ou très peu. Ce caractère peut permettre au praticien d'éliminer l'idée d'une cavité pulmonaire. Dans un cas observé par Brocq, ce signe lui a permis de poser immédiatement le diagnostic.

Un autre point intéressant à noter, c'est que si la voix subit des altérations caverneuses, celles-ci sont moins intenses que ne pourrait le laisser supposer le souffle. Tous ces signes pseudo-cavitaires sont en général un peu rudes et paraissent rarement superficiels, comme dans les véritables excavations où le

gargouillement éclate à l'oreille pour ainsi dire ; Paviot, insistant sur ce caractère, dit qu'ils s'entendent avec peu de netteté et paraissent se produire à distance dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire.

Le souffle caverneux et le gargouillement existent là où se trouve l'épanchement. On peut donc les constater dans tous les points de la poitrine et même des deux côtés, si la pleurésie est double, comme Frémont en rapporte un exemple. Cependant, d'après l'avis de tous les auteurs, leur lieu d'élection est en arrière, à la base, ou plutôt à la partie moyenne du poumon, au voisinage de l'angle de l'omoplate, dans l'espace inter-scapulo-vertébral. Cette assertion est d'ailleurs confirmée dans la plupart de nos observations : on y voit que ces signes siègent soit au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate (Obs. II, III, VI), soit encore au milieu du bord spinal (Obs. V). Toute cette zone correspond à la région ganglio-hilaire; l'on comprendra le pourquoi de cette fréquence, si l'on admet que le souffle caverneux et le gargouillement ne sont que des modifications du bruit trachéo-bronchique transmis à l'oreille à travers le liquide épanché. Il n'y a donc rien de surprenant à ce que ces bruits soient mieux perçus dans la région hilare. Sergent, insistant sur l'importance de cette zone, écrit : « On n'oubliera pas que cette région (hilare), est le siège fréquent des signes cavitaires sans cavernes. On devra toujours se garder de conclure d'emblée à la présence d'une caverne dans la partie interne de la fosse sous-épineuse ; il faudra éliminer la possibilité d'une

fausse caverne, par suite des modifications caverneuses du souffle bronchique de compression. A cet égard, on se souviendra de l'importance de la région hilare, dans les grands épanchements pleuraux. »

Cependant, cette règle comporte des exceptions; les signes pseudo-caverneux peuvent très bien être perçus en avant, dans la région sous-claviculaire, sans que d'ailleurs il y ait pleurésie enkystée du sommet.

Barthez, en rapporte une observation, ainsi que Béhier.

Giroux, dans sa thèse, en signale deux cas. Chez tous ces malades, il existait une matité sous-claviculaire très accentuée. Notre observation I en rapporte également un bel exemple : chez cette malade, les signes anormaux siégeaient sous la clavicule et coexistaient avec une matité accentuée.

Exceptionnellement, la fosse sus-épineuse peut être le siège de ces bruits : Béhier l'a constaté chez deux sujets, il admet qu'il s'agit du retentissement du bruit trachéal transmis par le poumon comprimé, alors que l'épanchement très considérable accole cet organe à la trachée.

Enfin, pour terminer, et ceci plutôt à titre de curiosité, Gaillard signale la plus grande fréquence de ces signes pseudo-cavitaires à droite, et il attribue ce fait au plus gros calibre de la bronche droite.

On peut donc conclure que si le siège de ces phénomènes est important à connaître, il n'est pas suffisamment constant pour avoir une valeur absolue et permettre à lui seul de faire le diagnostic entre la pleurésie pseudo-caverneuses et une excavation pulmonaire.

L'un des caractères les plus particuliers à ces signes pseudo-cavitaires, est leur apparition rapide, brusque parfois. Ils s'installent en un point du poumon au grand complet, en moins d'une semaine, parfois même du jour au lendemain, comme c'est le cas de la malade de l'observation II. Chez elle, les signes cavitaires ont apparu en vingt-quatre heures et simultanément. Dans l'observation I, ils ont mis un temps que l'on ne peut évaluer, mais qui est de courte durée, le début de la maladie datant d'une dizaine de jours. Cette rapidité d'apparition est évidemment un signe de première valeur, la moindre ulcération pulmonaire exigeant pour se constituer, au cours d'une pneumonie caséuse par exemple, au moins vingt à trente jours.

D'une façon générale, ces signes pseudo-cavitaires se constatent pendant un temps très court : deux à sept jours environ ; il semble qu'ils s'installent au moment où la pleurésie entre en résolution. Cependant, il peuvent persister des semaines et des mois, dans les convalescences lentes. Ils sont de plus mobiles, fugaces, s'entendant par exemple le matin pour disparaître le soir, se reproduire le lendemain et vice versa ; l'observation II met en évidence cette mutabilité toute particulière.

Leur disparition est lente, graduelle ; le souffle pseudo-caverneux s'atténue au fur et à mesure que l'épanchement se résorbe ; il est donc l'inverse du souffle pleurétique qui au contraire, disparaît au fur et à mesure que la collection liquide s'exagère. Quant au gargouillement, qui est ordinairement dû à l'exis-

tence d'une broncho-alvéolite, il peut disparaître en même temps qu'elle sans que l'épanchement diminue notablement.

En résumé, les bruits pseudo-cavitaires présentent les caractères suivants : ils sont d'apparition brusque, siègent le plus souvent à la partie moyenne du poumon, en arrière ; ils sont mobiles, variables, de courte durée et suivent, pour apparaître et disparaître, les variations du niveau de l'épanchement. Maintenant que nous connaissons leurs principaux caractères, il nous sera facile d'étudier comment on peut faire leur diagnostic.

II. — Diagnostic.

Il découlera en partie de l'étude que nous venons de faire précédemment. En certains cas, l'erreur ne sera pas possible : s'il s'agit d'un malade connu déjà depuis un certain temps et chez lequel apparaissent brusquement du jour au lendemain un souffle caverneux et des râles gargouillés, il sera difficile de songer à autre chose, malgré l'aspect alarmant des signes stéthoscopiques. La rapidité et la simultanéité d'apparition de ces bruits éloigneront de suite l'idée d'une lésion ulcéreuse : une caverne pulmonaire ne se constitue pas en un jour ou deux.

Le cas le plus difficile est celui où il s'agit d'un malade que l'on voit pour la première fois et chez lequel on découvre, à l'occasion de cet examen, des bruits cavitaires. C'était le cas d'ailleurs de la malade de l'observation I. Là, il nous manque les renseigne-

ments les plus importants : le mode de début. De quand date l'affection ? Les signes cavitaires existent-ils déjà depuis longtemps ? Ce sont des questions qui restent sans réponse ; le plus souvent, le malade n'apporte aucune précision sur ce sujet, se plaignant de souffrir depuis un temps qu'il ne peut préciser. Le diagnostic se fera là par un examen clinique attentif et répété.

L'attention pourra déjà être éveillée par la conservation d'un bon état général. Les lésions cavitaires s'accompagnent classiquement de symptômes fonctionnels et généraux très accusés : malgré ce, il faut savoir qu'il peut exister des cavernes sans fièvre à grandes oscillations, sans amaigrissement notable. La rareté de l'expectoration, de même, paraîtra un fait anormal ; cependant, comme nous l'avons signalé plus haut, on peut voir des tuberculeux avancés qui crachent peu ou pas du tout, probablement parce qu'ils déglutissent leurs crachats. Mais surtout un prélèvement de ceux-ci et un envoi au laboratoire montreront que cette expectoration ne renferme aucun bacille de Koch.

Mais déjà de par leurs caractères acoustiques seuls, on aura pu songer à la non organicité en quelque sorte de ces bruits. D'abord leur siège : on les rencontre le plus souvent à la base ou à la partie moyenne, alors que les cavernes siègent au sommet. Mais cet argument n'a pas une valeur absolue, puisqu'on peut rencontrer ces bruits sous la clavicule ou dans la fosse sus-épineuse.

Le souffle existe très souvent seul et Sergent insiste

sur ce caractère, « cette particularité jointe au signe insolite pour une caverne, facilite le diagnostic ». Lorsqu'il s'accompagne de gargouillements, ceux-ci parfois ne sont nullement modifiés ni par la toux ni par les mouvements respiratoires.

Enfin, souffle et gargouillements sont peu intenses et paraissent se passer dans la profondeur au lieu d'éclater sous l'oreille.

D'ailleurs, la constatation des signes d'un épanchement pleurétique permettra d'aiguiller le diagnostic :

La simple inspection déjà révélera une voussure unilatérale du thorax et non point un affaissement comme on le voit dans les cavernes.

La percussion mettra en évidence une zone de matité absolue, occupant tout un hémithorax, puisqu'il s'agit d'épanchement abondant. Dans toute cette étendue, les vibrations seront diminuées ou entièrement supprimées. Une caverne pourrait donner de la matité, mais en une région circonscrite au sommet, et avec une exagération des vibrations vocales.

L'auscultation fera entendre un souffle et des gargouillements en un point localisé, mais, partout ailleurs, le murmure vésiculaire sera aboli.

Enfin, la recherche du flot, surtout facile dans le cas d'épanchement abondant, et le signe du sou, viendront compléter l'examen et confirmer l'existence d'une pleurésie.

La ponction exploratrice, au besoin, permettra de retirer du liquide.

Mais l'existence d'un épanchement étant une fois reconnue, nous ne sommes pas davantage renseignés

sur l'état du parenchyme pulmonaire. C'est la radioscopie qui d'une façon définitive nous dira si nous avons à faire à des signes cavitaires vrais ou simulés. Elle seule précisera l'état du poumon au-dessus de l'opacité liquidienne. C'est ce qui s'est produit pour notre malade : chez elle, l'épanchement avait été diagnostiqué, mais sans que l'on songe à établir une relation entre lui et les signes cavitaires du sommet. C'est la radioscopie qui permit tout d'abord de douter de l'existence d'une caverne de la région sous-claviculaire. En effet, on fut surpris de trouver seulement une opacité de la base, limitée en haut par une courbe de Damoiseau, avec au-dessus d'elle, un champ pulmonaire un peu voilé (par comparaison avec le côté opposé). — Ce léger voile du sommet est d'observation courante au cours des pleurésies, même sans lésions concomitantes ; il tient à l'inflammation pleurale qui est généralisée, alors que le liquide se collecte à la base seulement. — Dans toute cette zone uniformément voilée, on ne voyait aucune tache, aucune image cavitaire. La radioscopie seule permit donc le diagnostic exact en révélant l'intégrité du poumon.

Il est vrai que l'évolution nous aurait fixés par la suite : une observation prolongée montre, en effet, la variabilité de ces bruits pseudo-cavitaires et fait assister à leur disparition brusque et rapide, lors de la résorption de l'épanchement.

Enfin, les anciens auteurs insistaient beaucoup sur l'unilatéralité des lésions, caractéristique de la pleurésie, alors que la tuberculose pulmonaire est le plus

souvent bilatérale : cette dernière notion n'est d'aucune utilité, car elle est inexacte : la tuberculose étant souvent unilatérale.

D'une façon générale, le diagnostic des signes pseudo-cavitaires est relativement facile. Si l'auscultation permet de croire à l'existence d'une caverne, par contre, la palpation et la percussion, nous fournissant des signes contradictoires, nous permettent sinon d'éviter l'erreur, du moins d'y songer. En réalité, c'est l'observation prolongée du malade et aussi l'examen radioscopique qui permettront dans beaucoup de cas d'établir un diagnostic absolument certain.

CHAPITRE V

Pathogénie.

La pathogénie des bruits pseudo-cavitaires a été discutée et est encore peu connue. De nombreuses théories ont été proposées pour expliquer ces bruits, et c'est surtout la pathogénie du souffle qui a soulevé le plus grand nombre d'hypothèses.

Ce souffle caverneux qui a souvent tendance à s'amphoriser, doit être considéré comme le bruit trachéo-bronchique transmis à l'oreille à travers le liquide épanché. Ce liquide, peu importe sa constitution, puisque les signes pseudo-caverneux s'entendent tout aussi bien dans les épanchements purulents que dans les épanchements séro-fibrineux ; nous ne nous occuperons que de sa quantité.

D'une façon générale, on peut admettre la nécessité d'un épanchement assez abondant : c'est Béhier qui, pour la première fois, a émis cette opinion : ayant examiné deux malades qui présentaient du souffle amphorique au niveau de la fosse sus-épineuse, avec,

en cette même zone, une matité absolue, il l'attribua au retentissement du bruit trachéal, transmis à travers le poumon ratatiné contre la trachée par un épanchement considérable. Dès lors, cette théorie est à peu près admise ; Dieulafoy s'en déclare partisan quand il écrit : « Si le liquide épanché est très considérable (3 à 4 litres), le son skodique disparaît dans la région claviculaire, la matité devient absolue dans tout le côté affecté, excepté dans la gouttière costo-vertébrale. A l'auscultation, on constate une absence de tout bruit normal ou anormal, ou bien on entend un souffle dont l'ampleur rappelle le souffle caverneux ou même le souffle amphorique. Ce souffle indique ordinairement un grand épanchement. »

C'est aussi l'avis de Faisans qui, parlant du souffle amphorique, déclare qu'on peut l'observer au cours d'un épanchement pleurétique, mais seulement si la poitrine est absolument pleine de liquide et si le poumon est aussi comprimé que possible contre la colonne. Ce souffle se perçoit alors dans l'espace scapulo-vertébral et ce même côté de la poitrine est absolument mat du haut en bas.

On peut donc conclure que les signes pseudo-cavitaires s'observent souvent au cours des épanchements très abondants. Nous verrons plus loin que cette règle comporte toutefois des exceptions. Le liquide est donc nécessaire, mais comment agit-il ?

Pour Jaccoud, l'épanchement agit seul, sans qu'il y ait nécessairement coexistence d'un état pathologique du poumon.

Pour comprendre sa théorie, il est nécessaire de

connaître la définition qu'il donne du souffle pleurétique : ce dernier, est, pour lui, le mélange d'un reste de murmure vésiculaire et du bruit bronchique adouci par une lame liquide. Au fur et à mesure que l'épanchement grandit, le murmure vésiculaire s'abolit par affaissement d'un grand nombre de vésicules pulmonaires et les bruits bronchiques arrivent seuls à l'oreille, parce que les bronches, moins compressibles, restent perméables. Et ainsi avec un épanchement d'abondance ordinaire, le bruit des bronches moyennes seul passe à travers le liquide : le souffle devient alors tubaire. Si l'épanchement devient plus volumineux, seul résonne le bruit fort et grave des grosses bronches, les petites et les moyennes étant aplaties par la compression : le souffle devient alors caverneux ou amphorique.

Accompagné de râles à timbre creux, il simule tout à fait une caverne.

Cette théorie, très simple, est très séduisante et en même temps explique bien les caractères de ce souffle pseudo-cavitaire, qui apparaît lorsque l'épanchement est abondant, et disparaît ensuite dès qu'il commence à se résorber pour faire place au souffle pleurétique lointain et doux.

Mais si la simple compression du parenchyme pulmonaire suffisait, pourquoi ce souffle n'existe-t-il pas toujours dans les grandes pleurésies ? Il semble bien que l'intervention d'autres facteurs soit nécessaire.

Les premiers observateurs, en particulier Rilliet et Barthez, pensent qu'à la compression du poumon doit

s'ajouter la condensation du parenchyme. Pour ces auteurs, le liquide est bien la cause des bruits pseudo-cavitaires, mais il agit surtout comme agent de transmission, bon conducteur des ondes sonores naissant au niveau des bronches; mais pour que ces bruits bronchiques parviennent au liquide, il est nécessaire qu'ils traversent une portion du poumon qui soit transformée en une masse solide, homogène, pouvant entrer facilement en vibration. En somme, pour Rilliet et Barthez, le souffle caverneux est une modification du souffle bronchique, qui se transmet amplifié grâce à l'existence d'un corps solide adhérant aux bronches et servant à établir entre elles et le liquide une continuité de tissus vibrants, qui serait imparfaite entre l'épanchement et les bronches. Ces auteurs, au cours de plusieurs examens cadavériques, ont pu constater la présence simultanée de l'épanchement et d'un corps solide : tantôt il s'agit d'une induration chronique du poumon comprimé par des brides celluluses, tantôt d'une pneumonie ou d'un affaissement pulmonaire, résultant de la compression, tantôt de tubercules ou de ganglions tuberculeux unis à une masse caséuse du poumon; dans un cas, il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte.

Ils attribuent donc ces bruits pseudo-cavitaires à l'existence d'un bloc d'induration ou d'hépatisation, qui transmet les bruits broncho-pulmonaires en les exagérant. Woillez, Barth et Roger proposent une théorie tout à fait analogue, dans laquelle le corps solide, bon conducteur des sons, serait un bloc de congestion pulmonaire,

Les conclusions de Rilliet et Barthéz avaient été aussi formulées par Béhier et Landouzy. Plus tard, Gaillard admet, lui aussi, la nécessité de la congestion ou de l'hépatisation pulmonaire, surtout lorsque la collection liquide n'est pas très abondante. Cette théorie semble d'ailleurs recevoir une confirmation dans ce fait énoncé par Netter : « Le souffle de la pleurésie, qu'il soit voilé, tubaire, caverneux ou amphorique, disparaît souvent peu après le début de cette maladie. Il existe très rarement dans les épanchements de date ancienne. » Cette disparition, Netter l'explique par l'effacement graduel de tous les canaux bronchiques ; les partisans de la théorie des altérations pulmonaires l'expliquent par la disparition des lésions hépatisantes, auxquelles survit l'épanchement pleural.

Mais le souffle pseudo-caverneux a été noté dans des pleurésies anciennes. Landouzy en a rapporté plusieurs exemples. La théorie précédente ne peut donc s'appliquer à tous les cas.

Aussi d'autres hypothèses ont été faites : absolument différentes des précédentes, elles reposent non point sur l'état du parenchyme pulmonaire, mais sur celui du pédicule et en particulier des bronches. C'est Barth, le premier, qui a fourni ces explications nouvelles, reprises plus tard par Faisans. Pour ces deux auteurs, tout se passe de la façon suivante : un épanchement pleurétique abondant provoque une compression exagérée du poumon ; il peut se produire alors, surtout s'il existe des adhérences en certains points, une torsion du pédicule entraîné par le moi-

gnon pulmonaire refoulé; cette torsion provoque une flexion de la bronche principale, avec rétrécissement au niveau de la coudure ; il se forme ainsi une cavité à orifice rétréci, à parois vibrantes, tout à fait apte à produire un souffle de timbre caverneux. Récemment, E. Sargent a donné des bruits pseudo-cavitaires une explication à peu près analogue, sans toutefois invoquer le mécanisme de la torsion bronchique. Il écrit : « Voici comment on peut interpréter ce fait : un épanchement abondant de la plèvre refoule complètement le poumon sur le hile, à la condition, bien entendu, qu'il n'existe aucune adhérence pleurale antérieure. Ainsi refoulé, le poumon est réduit à l'état d'une sorte de petit moignon au centre duquel la grosse bronche moins compressive, reste béante et fait en quelque sorte office de cavité. » En somme, ces deux théories se ressemblent énormément et elles ont un point commun, c'est d'admettre que sous l'influence de l'épanchement, la bronche est transformée sur une partie de son trajet en une véritable cavité, analogue à une caverne et capable de donner les mêmes signes stéthoscopiques.

Nous citerons maintenant l'opinion de Cassaët parce qu'elle procède des théories précédentes et les synthétise en quelque sorte.

Cet auteur, admet que le souffle caverneux n'est autre que le bruit bronchique qui est amplifié par suite de l'épanchement, lequel, écrasant le tissu pulmonaire, supprime le murmure vésiculaire normal. C'est, on le voit, l'ancienne théorie de Jaccoud, mais Cassaët, pour expliquer ce renforcement du bruit

bronchique, ajoute : « Il suffit pour cela que les bronches soient enflammées, que leur paroi ait perdu sa souplesse, son élasticité, que le poumon transmette intégralement les bruits produits par suite de son atelectasie, de sa compression ou de sa congestion. Peut-être même la compression exercée par l'épanchement sur le hile, en diminuant le calibre des bronches, est-elle suffisante pour lui donner naissance. La bronche ainsi enflammée, dilatée peut-être par places, affecte en effet avec le moignon pulmonaire du voisinage une relation en tout comparable à celle d'une caverne avec le tissu sclérosé qui lui est périphérique ; les bruits qui se passent dans son intérieur, ressemblent par suite à ceux que cette excavation produit elle-même. »

Toute différente est l'explication fournie par E. Weill, dans son *Précis de Médecine Infantile*.

Pour lui, c'est l'immobilisation de tout un lobe ou de tout un poumon qui joue le rôle principal. Les bruits pseudo-cavitaires sont dûs alors à la circulation de l'air inspiré et expiré qui passent devant l'orifice d'une grosse bronche, mais sans y pénétrer, par suite de l'immobilisation du côté thoracique correspondant. La bronche fait caisse de résonnance, phénomène analogue au bruit de sifflet déterminé en soufflant devant l'orifice d'une clef tenue verticalement.

Il est bien difficile de choisir en présence de ces nombreuses théories. Qu'il s'agisse de simple compression, de congestion ou d'hépatisation, de torsion ou de dilatation des grosses bronches, tous ces méca-

nismes sont fort plausibles et doivent tous plus ou moins entre en jeu chez les différents malades.

Plus simple est l'explication que l'on peut donner des gargouillements. On peut très bien admettre que ce sont des râles de congestion ou d'hépatisation transmis amplifiés par le liquide épanché ; le plus souvent, la pleurésie s'accompagnant de broncho-alvéolite, ce sont des râles muqueux qui naissent dans les petites bronches en raison de la présence d'exsudats et arrivent renforcés à l'oreille, grâce à la mise en action des parois bronchiques et du tissu condensé du voisinage.

Mais il est fort possible d'entendre des gargouillements sans qu'il existe de congestion pulmonaire, de pneumonie ou même de bronchite. Dans ce cas, tout autre doit être l'explication à donner. Frémont, dans sa thèse, signale déjà ce cas particulier et il parle de gargouillements extra-pulmonaires, qui ne seraient autres que de gros frottements pleuraux plus ou moins modifiés par la lame liquide environnante. Ne pourrait-on, avec Le Damany, attribuer ces râles à l'inflammation pulmonaire provoquée par la présence d'un épanchement ? Potain, en effet, signale qu'à l'autopsie d'un cas de pleurésie, les alvéoles pulmonaires les plus superficiels présentent des lésions ayant les caractères de la pneumonie catarrhale. « L'hyperhémie pleurale, par simple propagation de voisinage ou par l'intermédiaire des voies lymphatiques, se transmet à la superficie du poumon, dont le tissu, au bout d'un certain temps, présente à ce niveau les altérations de la pneumonie corticale. » Il est donc fort ad-

missible que des râles puissent naître au niveau d'un territoire pulmonaire semblable et simuler des gargouillements. Malgré cela, il est le plus souvent admis que les râles pseudo-caverneux sont des râles de broncho-alvéolite, renforcés par la condensation pulmonaire environnante et transmis ainsi par le liquide pleural.

En résumé, il paraît facile d'expliquer les signes pseudo-cavitaires et cependant il y a encore de nombreux inconnus qui nous échappent. Pourquoi ces bruits sont-ils une éventualité rare au cours d'une pleurésie? De plus, si tous les auteurs admettent la nécessité d'un assez grand épanchement, il y a cependant des exceptions: Trousseau rapporte le cas d'une malade ayant une pleurésie gauche avec souffle amphorique et gargouillements; l'autopsie montra seulement 3 à 400 grammes de sérosité jaunâtre et un poumon absolument libre de toute adhérence (Obs. VI). Barthez rapporte une observation analogue. Dans ces cas d'épanchement peu abondant, où le poumon subit peu ou pas de modifications, quelle peut être la genèse des signes pseudo-cavitaires? Ce sont tout autant de problèmes qu'il est difficile de résoudre, de sorte qu'on peut conclure que si les signes pseudo-cavitaires trouvent leur explication dans la plupart des circonstances, il est encore un certain nombre de faits qui nous échappent complètement.

Partant de ce que nous savons déjà, reprenons l'observation I. Chez notre malade, il semble bien que les bruits cavitaires aient été conditionnés par l'abondance de l'épanchement, puisqu'ils ont disparu lorsque

celui-ci a diminué. Le poumon était donc refoulé en haut; la radio le montrait simplement légèrement sombre. Il n'y avait donc pas d'hépatisation vraie, mais certainement un léger état de congestion et d'atélectasie du poumon comprimé. De plus, il s'agissait d'une pleurésie en écharpe, le liquide remontait plus haut en avant qu'en arrière. Ceci peut nous expliquer pourquoi le souffle pseudo-caverneux s'entendait sous la clavicule; il était transmis là par l'épanchement. Peut-être existait-il une torsion de la bronche? Peut-être la simple induration pulmonaire voisine suffisait-elle à amplifier le souffle bronchique? Dans notre chapitre I, nous avons signalé que la simple déviation de la trachée pouvait donner naissance à des signes pseudo-cavitaires. De plus, dans deux observations personnelles, nous rapportons les cas de deux sujets présentant des déformations considérables de la cage thoracique (cyphoscoliose intense) et chez lesquels on constatait à une base des signes cavitaires bien nets, alors que l'autopsie montra simplement le lobe inférieur atélectasié, réduit à une languette verticale privée d'air, avec du pus dans les petites bronches, mais sans cavernes. Dans ces deux cas, le souffle pseudo-caverneux s'expliquait certainement par la déformation et la coudure des gros troncs bronchiques (conséquence des déformations squelettiques) et les râles nombreux par la bronchoalvéolite concomitante.

On peut rapprocher ces deux observations de celles des pleurésies à signes pseudo-cavitaires; l'atélectasie pulmonaire qui, dans le premier cas, est due aux

déformations squelettiques, est, dans le second, la conséquence d'un épanchement abondant. Ce sont certainement les déformations des grosses bronches, jointes à un état particulier de congestion ou d'atélectasie du parenchyme pulmonaire qui expliquent le souffle pseudo-cavitaire dans la pleurésie.

Quant aux gargouillements, il semble bien qu'ils soient d'origine pulmonaire : chez notre malade, en effet, les signes pseudo-cavitaires étaient perçus au sommet gauche en avant, or toujours au sommet gauche mais en arrière on percevait des râles humides inspiratoires. On peut très bien admettre que c'étaient ces mêmes râles qui, en avant, revêtaient le timbre gargouillant, parce qu'ils étaient transmis à l'oreille par la lame liquidienne antérieure (il s'agissait d'une pleurésie en écharpe) qui modifiait leurs caractères acoustiques.

En ce qui concerne donc notre malade, et d'une façon générale, on peut conclure :

1° Le souffle pseudo-caverneux prend naissance dans les troncs bronchiques modifiés, déformés, coulés par endroits; il est, de plus, amplifié par le poumon atélectasié et par le voisinage du liquide;

2° Les râles prennent naissance dans le parenchyme pulmonaire lui-même, atteint de broncho-alvéolite : ils voient leurs caractères modifiés par la présence de la lame liquidienne, qui leur donne un timbre gargouillant. La réunion du souffle à timbre caverneux et des râles confluent simule alors une caverne.

CHAPITRE VI

Pronostic et traitement

Si Barthez et Rilliet avaient raison, l'apparition des signes pseudo-cavitaires, au cours d'une pleurésie, viendrait aggraver le pronostic. Elle signifierait, en effet, pneumonie concomitante; mais, nous l'avons vu, cette théorie est abandonnée. A son sujet, Cassaët s'exprime ainsi: « Il faut bien dire cependant que cette affection si complexe que Potain a décrite sous le nom de pleuro-congestion se traduit par une modification très sensible des signes pneumoniques ordinaires, par le fait de leur fusion avec les signes pleurétiques : mais les véritables signes pseudo-cavitaires sont fort rares dans cette espèce. »

En réalité, les signes pseudo-cavitaires traduisent simplement une compression soit du poumon, soit des bronches. Ils ont donc une origine mécanique en quelque sorte, symptomatique le plus souvent d'un épanchement assez abondant. Par leur présence, le pronostic de la pleurésie n'est ni aggravé, ni amélioré :

il conserve toute sa gravité et peut être assombri par les complications habituelles. Il est cependant un point particulier à signaler : ainsi que nous l'admettons, le souffle caverneux est dû généralement à un épanchement assez considérable, le malade, par suite, se trouve exposé aux complications de ces grands épanchements intra-thoraciques : thrombose, syncope... Une thoracentèse permettra d'éviter tous ces dangers. Une fois l'épanchement évacué en partie, les signes pseudo-cavitaires disparaîtront, ce qui confirme bien la bénignité de leur pronostic.

Cependant, telle n'est pas l'opinion de Pallasse : cet auteur considère les bruits pseudo-cavitaires comme des signes anormaux indiquant un état congestif du poumon avec des adhérences qui limitent l'extension du liquide. L'épanchement reste alors petit et le pronostic en devient plus sévère. « Quand on entend des bruits anormaux, quand la symptomatologie est paradoxale, c'est un avertissement à se méfier de l'état du poumon, des adhérences possibles, de la quantité de l'épanchement qui est souvent moins grande qu'elle ne le paraît, et surtout il faut assombrir le pronostic. » Il s'agit alors de « pseudo-gros épanchements » ; ceux-ci résulteraient d'une infiltration tuberculeuse profonde de la plèvre et du poumon, créant des adhérences précoces avec densification pulmonaire, et ils s'opposent ainsi aux gros épanchements proprement dits, résultant d'une infiltration superficielle et légère, tout à fait comparables à la forme ascitique de la péritonite tuberculeuse. Quant à leur pronostic, il est excessivement grave. En réalité, l'auteur rapporte

des observations de pseudo-gros épanchements, mais aucun ne présente de signes pseudo-cavitaires.

Il semble donc bien que l'on puisse conclure que l'apparition de bruits pseudo-cavitaires, au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse, ne vient en assombrir nullement le pronostic. La lecture des observations que nous rapportons vient d'ailleurs confirmer cette manière de voir : la plupart des pleurésies à signes pseudo-cavitaires se sont terminées par la guérison en quelques semaines.

Nous n'insisterons pas sur leur traitement qui ne présente rien de particulier : c'est le traitement ordinaire des pleurésies séro-fibrineuses.

CONCLUSIONS

I. — Dans certains cas exceptionnels, on peut observer, au cours des pleurésies aiguës séro-fibrineuses, outre les signes classiques d'un épanchement de moyenne ou de grande abondance, un ensemble de symptômes (souffle à timbre caverneux, râles humides gargouillés, pectoriloquie) pouvant faire penser à tort à l'existence d'une caverne.

II. — Ces symptômes pseudo-cavitaires se perçoivent le plus souvent en arrière dans la région juxta-hilaire; il est bien plus exceptionnel de les entendre exclusivement en avant, dans la région sous-claviculaire, comme dans une observation personnelle.

III. — Ils sont habituellement fugaces, transitoires, pouvant apparaître brusquement, et disparaître rapidement lorsque l'épanchement entre en voie de résorption.

IV. — Le diagnostic, qui présente souvent de grandes difficultés, se basera sur l'analyse minutieuse de ces symptômes, sur leur mutabilité, comme aussi sur les données de l'examen radioscopique qui est parfois d'un grand secours en pareil cas.

V. — Pour expliquer l'apparition d'un syndrome pseudo-cavitaire, au cours des pleurésies, des hypothèses multiples ont été faites. Le souffle pseudo-caverneux est, à notre avis, le souffle bronchique modifié dans sa tonalité et son timbre par les déformations et la coudure des gros troncs bronchiques tenant au refoulement du poumon par l'épanchement. Quant aux râles gargouillés, ils prennent naissance dans le poumon lui-même : ce sont des râles en rapport avec une broncho-alvéolite concomitante, renforcés par la congestion ou l'atélectasie pulmonaire et modifiés dans leur timbre par la présence d'une lame liquidienne.

VI. — La constatation de signes pseudo-cavitaires, au cours d'une pleurésie séro-fibrineuse, n'imprime nullement à la maladie un pronostic fâcheux.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	A. CADE.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 15 Novembre 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur, Président du Conseil de l'Université :

Le Vice-Président,
JEAN LÉPINE.

BIBLIOGRAPHIE

- ALDIBERT. — Valeur séméiologique des signes pseudo-cavitaires dans les affections pulmonaires de l'enfance. *Rev. des Mal. de l'enfance*, 1890.
- AMEUILLE. — Les défaillances de l'auscultation pulmonaire. *Presse Médicale*, 11 mars 1922.
- ARMAND-DELILLE, HILLEMANT, LESTOCQUOY et MALLET. — Le syndrome pseudo-cavitaire par déviation trachéale dans la tuberculose pulmonaire chronique. *Presse Médicale*, 25 février 1922.
- BARTH. — Art. séméiologie de l'appareil respiratoire. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*. Brouardel et Gilbert.
- BARTH et ROGER. — Traité d'auscultation, 11^e édition.
- BARTHEZ et RILLIET. — Sur quelques phénomènes rarement observés dans les pleurésies^e chroniques. *Arch. gén. de Méd.*, mars 1853.
- Traité clinique et pratique des maladies des enfants (3^e édition, 1891).
- BÉHIER. — Note sur un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit. *Arch. gén. Méd.*, août 1854.
- BERTHERAND. — Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. *Thèse de Paris*, 1899.
- BOUILLY. — Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement. *Arch. gén. de Méd.*, 1876,

- BURNAND et CARRARD. — La moitié des cavernes tuberculeuses sont muettes à l'auscultation. *Presse Médicale*, 1922.
- CASSAET. — Précis d'auscultation et de percussion, 1899.
- CADET DE GASSICOURT. — Traité des maladies de l'enfance, 1880.
- CHOMEL. — Pathologie générale, 2^e édition, 1842.
- COLLET. — Précis des maladies de l'appareil respiratoire, 1914.
- DALCHÉ. — Pleurésie purulente, signes stéthoscopiques pseudo-cavitaires, absence de bacilles tuberculeux. *Gaz. Méd. des Hôp.*, 1884.
- DIEULAFOY. — Traité de pathologie interne.
- DUPLANT. — Sur le bruit de pot fêlé. *Revue de Médecine*, 1899.
- EICHORST. — Traité de diagnostic médical, traduit par Marfan, Weiss et Dubreuilh, 1890.
- FAISANS. — Maladies des organes respiratoires. Méthodes d'exploration. Signes physiques.
- FEREOL. — *Bulletin de la Sc. Méd. des Hôp.*, 1882.
- FERNET et d'HEILLY. — Art. Pleurésie, in *Dict. Jaccoud*.
- GAILLARD. — Le souffle amphorique dans la pleurésie. *Presse Médicale*, 22 décembre 1894.
- GIRAUX. — Des bruits anormaux de la pleurésie. *Thèse* Paris, 1875.
- GRANCHER. — De la valeur des respirations anormales dans le diagnostic du début de la tuberculose commune. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1882.
- Du tympanisme sous-claviculaire étudié au point de vue du pronostic des épanchements pleurétiques. *Soc. Méd. des Hôp.*, 1882.
- Maladie des organes respiratoires, 1890.
- GRISOLLE. — *Traité de pathologie interne*, 9^e édition, 1875.
- HARDY et BEHIER. — *Traité de Pathologie interne*.
- HARVIER et PINARD. — Pathologie de la pleùvre. Nouveau Traité de Médecine Roger, Widai, Teissier, t. XII,

- HERARD, CORNIL et HANOT. — De la phtisie pulmonaire, 1867.
- JACCOUD. — Traité de Pathologie interne. 3^e édition.
— Cliniques de la Pitié, 1885.
- LAENNEC. — Traité de l'auscultation médiate et des maladies du poumon et du cœur, 2^e édition, 1826.
- LANDOUZY. — *Acad. de Méd.*, séance du 9 septembre 1856.
— Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracentèse. *Arch. gén. de Méd.*, novembre-décembre, 1856.
- LANDOUZY et LABBÉ. — Maladies des plèvres. *Traité de Médecine et Thérapeutique, Brouardel et Gilbert*, t. VIII.
- LE DAMANY. — Les épanchements pleuraux liquides.
- MEUDOUSSE. — Considérations sur le diagnostic des tumeurs qui peuvent simuler la pleurésie. *Thèse de Paris*, 1872.
- NEUMAGER. — Les signes pseudo-cavitaires dans la pneumonie grippale. *Thèse de Paris*, 1900.
- NOTTA. — Note sur le développement d'un son clair comme métallique (hydroaérique) dans le cours des épanchements pleurétiques. *Arch. gén. de Méd.*, t. XXII, 1850.
- PALLASSE. — Recherche et valeur pronostiques de la quantité de l'épanchement dans les pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses. *Thèse de Lyon*, 1905.
- PAVIOT. — Précis de diagnostic médical et de séméiologie, 1908.
- PETER. — Leçons de clinique médicale, 2^e édition.
- POTAIN. — De l'état du poumon dans la pleurésie. *Sem. Médic.*, 1897.
- SABOURIN. — Cavernes pulmonaires et phénomènes caverneux, 1919.
- SÉE. — Phtisie bacillaire des poumons, 1884.
— Des maladies simples du poumon, 1886.

SERGEANT. — Etudes cliniques sur la tuberculose, 2^e édition, 1920.

VERLIAC. — Diagnostic des épanchements pleurétiques chez les enfants. Indications de la thoracentèse. *Thèse de Paris*, 1865.

WALSHE. — Traité clinique des maladies de poitrine, trad. de Fonssagrives, 1870.

WEILL. — Précis de Médecine infantile, 3^e édition, 1911.

ZUBER. — Art. Tuberculose pulmonaire. *Traité des Maladies de l'Enfance*. Comby et Grancher, 2^e édition, 1904.

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	9
Chapitre premier. — Considérations générales sur les signes pseudo-cavitaires et leur mode de production.....	11
Chapitre II. — Signes pseudo-cavitaires dans les pleurésies.....	28
Chapitre III. — Observations.....	38
Chapitre IV. — Etude clinique.....	53
Chapitre V. — Pathogénie.....	63
Chapitre VI. — Pronostic et traitement.....	74
Conclusions.....	77
Bibliographie.....	79
